

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](http://www.scheepvaartnet.nl)



# Polisvoorwaarden 2011



Zorg Zeker Polis



# Inhoudsopgave

Rubriek A Begripsomschrijvingen	4
Rubriek B Grondslag van de verzekering	10
Artikel 1 Algemene bepalingen	10
Artikel 2 Dekking	11
Artikel 3 Verplicht eigen risico	12
Artikel 4 Vrijwillig gekozen eigen risico	12
Rubriek C Omvang Dekking	14
Artikel 5 Huisartsenzorg	14
Artikel 6 Medisch specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)	14
Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg	17
Artikel 8 Revalidatie	20
Artikel 9 Orgaantransplantaties	20
Artikel 10 Dialyse	21
Artikel 11 Mechanische beademing	21
Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen	22
Artikel 13 Trombosedienst	22
Artikel 14 Erfelijkheidsonderzoek	22
Artikel 15 Audiologische zorg	23
Artikel 16 IVF	23
Artikel 17 Paramedische zorg	24
Artikel 18 Mondzorg	27
Artikel 19 Farmaceutische zorg	30
Artikel 20 Hulpmiddelen	32
Artikel 21 Ziekenvervoer	32
Artikel 22 Buitenland	34
Artikel 23 Eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ	37
Artikel 24 Specialistische GGZ	37
Artikel 25 Dyslexiezorg	39
Artikel 26 Ketenzorg	39
Artikel 27 Stoppen met Roken	39
Artikel 28	40
Rubriek D Uitsluitingen	40
Artikel 29	42
Artikel 30 Verplichtingen verzekerde/verzekeringnemer	42
Rubriek E Verzekeringsvoorwaarden	42
Artikel 31 Onwaarachtige weergave van feiten	43
Artikel 32 Onrechtmatige inschrijving	44
Artikel 33 Premie	44
Artikel 34 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	45
Artikel 35 Herziening van premie of voorwaarden	46
Artikel 36 Begin en einde van de verzekering	46
Artikel 37 Geschillen	48
Rubriek F Waar kunt u terecht voor informatie?	49



# Rubriek A

## Begripsomschrijvingen

### Ambulancevervoer

Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

### 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.

### Bekkenfysiotherapeut

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

### Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) 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.

### Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

### 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 verichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

### 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.

### Collectiviteit

Een werkgever of een rechtspersoon, niet zijnde een werkgever, die de belangen van natuurlijke personen behartigt.

### Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

### Diagnose Behandeling Combinatie (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. Met betrekking tot de tarieven van DBC's (exclusief specialistische GGZ (tweedelijnszorg) is er een onderscheid in twee segmenten. Voor DBC's uit het A-segment gelden er in de regel vaste tarieven. Voor alle

DBC's uit het B-segment kunnen verzekeraars afspraken maken met ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en vrijgevestigde extramurale 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, als bedoeld in artikel 29.c van het 'Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg' 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'.

#### Eerstelijns psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die staat geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijns psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

#### Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychiatrische aandoening. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

#### 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'.

#### Ernstige dyslexie

Ernstige dyslexie is een specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

#### EU- en EER-staat

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

#### Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de bij of krachtens het 'Besluit Zorgverzekering' aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, één en ander met inachtneming van het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg.

### 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 heilgymnast- masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

### 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 de Zorgverzekeringswet verleent op basis van een tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling gesloten overeenkomst.

### Gezondheidszorgpsycholoog

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

### GGZ-instellingen

Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig zijn toegelaten.

### Huidtherapeut

Een daartoe op hbo-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in de Wet BIG en patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt.

### Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

### 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:

- a. het door hormonale behandeling bevordering van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b. de follikelpunctie;
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d. het één of meer keren implanteren van één of twee 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:

Zorg, die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de WMG vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

### **Kinderfysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderrfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

### **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 tevens als kinderoefentherapeut staat geregistreerd in het Register van Verbijzonderde oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

### **Klinisch psycholoog**

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

### **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.

### **Laboratoriumonderzoek**

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

### **Logopedist**

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

### **Marktconform**

Het tarief dat naar redelijkheid passend is op de Nederlandse markt in gebruikelijke markt-omstandigheden. Deze tarieven vindt u op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl).

### **Manueel therapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

### **(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 specialist**

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

### **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.



### Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut staat geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

### Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

### Opname

Opname in een ziekenhuis of revalidatieinstelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

### Orthodontist

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

### Psychiater/zenuwarts

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

### Psychotherapeut

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

### 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 of kijken op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl).

### Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische 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.

### Specialistische GGZ

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

### Stoppen met roken programma

Op gedragverandering gerichte geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met geneesmiddelen met als doel te stoppen met roken

### 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'.

### 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.

### Verzekerde

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

### Verzekeringnemer

Degeene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

### Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

### WMG-tarief

Het tarief zoals vastgesteld krachtens de Wet Marktordening Gezondheidszorg.

### Ziekenhuis

Een centrum voor medisch specialistische zorg.

### Zittend ziekenvervoer

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

### 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.

# Rubriek B

## Grondslag van de verzekering

### Artikel 1 Algemene bepalingen

- 1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet. De zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, wanneer deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- 1.2 Naast de zorgpolis verstrekt Zorg en Zekerheid als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een inschrijvingsbewijs op vertoon waarvan de verzekerde de zorg, waar op basis van deze polis aanspraak op bestaat, kan invoeren bij een, voor zover de polis dit voorschrijft, door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling.
- 1.3 Huisartsenzorg (artikel 5), medisch specialistische zorg (artikel 6), verloskundige zorg en kraamzorg (artikel 7), overige medisch specialistische zorg (artikelen 8 tot en met 16), paramedische zorg (artikel 17), farmaceutische zorg (artikel 19), hulpmiddelen (artikel 20), ziekenvervoer (artikel 21), eerstelijns psychologische zorg (artikel 23.1), psychiatrische ziekenhuisopname (artikel 24.3) niet-klinische GGZ (artikel 24.4), dyslexiezorg (artikel 25), ketenzorg (artikel 26) en stoppen met roken (artikel 27) wordt op basis van de zorgpolis, behoudens eigen bijdragen, rechtstreeks door de zorgverlener of zorginstelling bij Zorg en Zekerheid gedeclareerd. De overeenkomst tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling over de hiervoor genoemde zorg omvat in ieder geval afspraken over de hoogte van de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en zorginstellingen wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid en is in te zien op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl). Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.
- 1.4 De kosten van tandheeskundige zorg (artikel 18) kunnen op basis van deze zorgpolis behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij Zorg en Zekerheid worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst is tussen de zorgverlener of zorginstelling en Zorg en Zekerheid op grond waarvan rechtstreekse declaratie door de zorgverlener of zorginstelling bij Zorg en Zekerheid plaatsvindt.
- 1.5 De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg zoals in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 1.6 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 1.7 Deze polis staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.
- 1.8 De verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt is geen premie verschuldigd.

## Artikel 2 Dekking

- 2.1 Deze polis omvat de aanspraak op zorg dan wel de vergoeding van kosten van zorg voor verzekerden die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekerden.
- 2.2 De verzekerde moet voor de benodigde zorg als bedoeld in de artikelen huisartsenzorg (artikel 5), medisch specialistische zorg (artikel 6), verloskundige zorg en kraamzorg (artikel 7), overige medisch specialistische zorg (artikelen 8 tot en met 16), paramedische zorg (artikel 17), farmaceutische zorg (artikel 19), hulpmiddelen (artikel 20), ziekenvervoer (artikel 21), eerstelijns psychologische zorg (artikel 23.1), psychiatrische ziekenhuisopname (artikel 24.3), niet-klinische GGZ (artikel 24.4), dyslexiezorg (artikel 25), ketenzorg (artikel 26) en stoppen met roken (artikel 27) zich wenden tot een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of instelling. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en zorginstellingen wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid en is in te zien op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl). Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.
- 2.3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg als bedoeld in het voorafgaande lid naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
  - a. Het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgestelde (maximum-) tarief;
  - b. Indien en voor zover er geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg niet binnen redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, of in de nabijheid van de woonplaats van de verzekerde, niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden. Bij het vaststellen en uitvoeren van haar beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert Zorg en Zekerheid voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch, inhoudelijke factoren en zonodig algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- 2.4 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling, wordt de vergoeding verlaagd met een bedrag dan wel percentage als genoemd onder de betreffende zorgaanspraak.
- 2.5 Aanspraak op vergoeding van kosten met betrekking tot de zorg als bedoeld in artikel tandheelkundige zorg (artikel 18) vindt plaats tot maximaal:
  - a. Het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgestelde (maximum) tarief;
  - b. Indien en voorzover er geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- 2.6 Voor de aanspraken genoemd in het voorgaande lid heeft de verzekerde naast recht op vergoeding van kosten van zorg desgevraagd recht op zorgbemiddeling.
- 2.7 Indien en voor zover in deze polis is bepaald dat toestemming van Zorg en Zekerheid benodigd is alvorens recht op zorg bestaat, geldt dit zowel voor gecontracteerde als voor niet-gecontracteerde zorg.
- 2.8 Indien en voor zover Zorg en Zekerheid meer vergoedt dan waartoe zij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt de verzekerde geacht aan Zorg en Zekerheid een volmacht tot incasso op naam van Zorg en Zekerheid van het door de verzekerde aan de zorgverlener of zorginstelling teveel betaalde te hebben verleend.

## Artikel 3 Verplicht eigen risico

- 3.1 Op deze polis is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 170,00 per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde verplicht eigen risico wordt vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:
  - a. De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht.
  - b. De directe kosten van het gebruik van zorg indien deze kosten verloskundige zorg en kraamzorg betreffen.
  - c. De kosten van gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening bij chronische aandoeningen (ketenzorg).
  - d. Nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 9 onder het vierde streepje, is verstreken.
- 3.2 Voor verzekerden die op 31 december van het in artikel 3.1 bedoelde kalenderjaar jonger dan achttien jaar zijn, geldt geen verplicht eigen risico.
- 3.3 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het verplicht eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- 3.4 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 3.5 Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen verplicht eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid.
- 3.6 Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het verplicht eigen risico en, indien sprake is van een vrijwillig gekozen eigen risico als bedoeld in artikel 4, uitkomen. Het verplicht eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

## Artikel 4 Vrijwillig gekozen eigen risico

- 4.1 Op deze polis is per kalenderjaar een vrijwillig gekozen eigen risico per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico is in dat geval vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. De verzekeringnemer heeft het recht te kiezen voor het vrijwillig eigen risico met bijbehorende premiekorting. De kosten die niet van toepassing zijn op het verplichte eigen risico genoemd in artikel 3.1 lid a t/m d vallen ook buiten het vrijwillig gekozen eigen risico. In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 4.2 Kosten van zorg die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.
- 4.3 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het vrijwillig gekozen eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

- 4.4 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende vrijwillig gekozen eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het vrijwillig gekozen eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:
  - a. Ieder bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor het vrijwillig gekozen risico gold of zal gelden.
  - b. De op grond van artikel 4.1 lid 1 berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
  - c. De uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
- 4.5 Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 4.6 Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid.
- 4.7 Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico, en het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 3 uitkomen. Het vrijwillig gekozen eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.
- 4.8 Wijziging van het geldende vrijwillig gekozen eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 34.2.

# Rubriek C

## Omvang Dekking

### Geneeskundige zorg

#### Artikel 5 Huisartsenzorg

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op:

- a. Geneeskundige hulp door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is (bijvoorbeeld een praktijk-verpleegkundige).
- b. Geneeskundige hulp door de dienstenstructuur (de huisartsenpost) waarbij de huisarts is aangesloten.
- c. Samenhangend onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts, in rekening gebracht door de huisarts, een ziekenhuis of laboratorium.

*Wat zijn de voorwaarden?*

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

*Waar heb ik geen recht op?*

Als uitsluitingen gelden onder meer:

- het maken van een ECG, anders dan bedoeld in artikel 5 onder c;
- een griepvaccinatie;
- medische keuringen.

*Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?*

Bij hulp voor huisartsenzorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

#### Artikel 6 Medisch specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)

##### 6.1 Algemeen

Voor in de artikelen 6 tot en met 16 en artikel 25 genoemde vormen van zorg (met uitzondering van acute zorg) is een verwijzing noodzakelijk door uw huisarts, gecontracteerd bedrijfsarts, medisch specialist of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft, door een verloskundige. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is. Voor wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18.

##### 6.2 Verblijf (Ziekenhuisopname)

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op:

- opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch specialistische zorg tot een maximum van 365 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;

- gebruikelijke medisch specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

*Wat zijn de voorwaarden?*

- er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
- op het moment dat niet langer gronden voor medisch specialistische hulp in combinatie met verblijf in een centrum voor medisch specialistische zorg aanwezig zijn, dient dit direct aan Zorg en Zekerheid te worden gemeld.

*Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

Voor behandeling in het Nederlands Astmacentrum Davos en/of een behandeling in Heideheuvel dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben.

*Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?*

- bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.
- in geval van spoedeisende zorg vindt een kostenvergoeding plaats van 100% van het marktconforme of WMG-tarief.

Een overzicht van de marktconforme tarieven per DBC uit segment B is aan te vragen bij Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of te vinden op onze website [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl).

### 6.3 Niet-klinische medisch specialistische zorg

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op:

- medisch specialistische behandeling in of door een daartoe door Zorg en Zekerheid gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg;
- medisch specialistische behandeling van de daartoe door Zorg en Zekerheid gecontracteerde extramuraal werkende medisch specialist;
- de met de behandeling gepaard gaande dagverpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

*Wat zijn de voorwaarden?*

Er dient sprake te zijn van gebruikelijke medisch specialistische zorg.

*Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

Voor aanspraak op mondzorg, in geval van behandeling door een kaakchirurg, is vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid vereist indien de hulp parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.

*Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?*

Bij hulp in een niet-gecontracteerde centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde hulpverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

Een overzicht van de marktconforme tarieven per DBC uit segment B is aan te vragen bij Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of te vinden op onze website [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl).



#### 6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

##### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht, met inachtneming van de voorgaande leden, op behandelingen van plastisch chirurgische aard indien die noodzakelijk zijn ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelsespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

##### *Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

Voor een beperkt aantal ingrepen door een keel-, neus- en oorarts (KNO-arts), oogarts, dermatoloog of (plastisch) chirurg dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC's waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl).

##### *Op welke behandelingen heb ik geen recht?*

- behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- abdominoplastiek, tenzij er bijvoorbeeld sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooiën of van een zeer ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.

#### 6.5 Verpleging (extramuraal)

##### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op verpleging, zonder dat die verpleging gepaard gaat met verblijf, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

##### *Wat zijn de voorwaarden?*

Deze verpleging moet noodzakelijk zijn in verband met de medisch specialistische zorg.

##### *Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

Naast de verpleging zoals elders in deze polis genoemd, kan na voorafgaande schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid verpleging in een nader aan te wijzen instelling of op een andere plaats plaatsvinden.

##### *Op welke behandelingen heb ik geen recht?*

- verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing;
- verpleging die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

##### *Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?*

Bij hulp in een niet-gecontracteerde centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde hulpverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

## Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg

### 7.1 Prenatale screening

De prenatale screening valt onder de Wet Bevolkings Onderzoek (WBO). Voor de hierna genoemde specifieke onderdelen van prenatale screening geldt dat de uitvoerende zorgverlener, naast een contract met Zorg en Zekerheid, een overeenkomst moet hebben met één van de Regionale Centra voor Prenatale screening, tenzij sprake is van een medische indicatie. Deze Centra hebben een WBO-vergunning en definiëren de kwaliteitseisen waaraan de uitvoerende zorgverlener moet voldoen.

#### *Waar heb ik recht op?*

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op prenatale screening.

Deze screening omvat het volgende onderdeel:

- **counseling** (het verschaffen van informatie die het mogelijk maakt om een weloverwogen keuze te maken voor het al dan niet ondergaan van prenatale screening).

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op counseling door de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts of medisch specialist die de verzekerde begeleidt gedurende de zwangerschap:

- **structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO).**

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op het structureel echoscopisch onderzoek, ook wel aangeduid als de '20 weken echo':

- **combinatietest.**

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op de combinatietest (bestaande uit een nekplooi-meting en bloedonderzoek), welke de mogelijkheid biedt aangeboren afwijkingen vast te stellen in het eerste trimester van de zwangerschap. De aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden:

- van 36 jaar en ouder;
- jonger dan 36 jaar die zijn verwezen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist.

#### *Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?*

Bij prenatale screening door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

### 7.2 Bevalling en verloskundige zorg

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben recht op verloskundige zorg zoals verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen deze plegen te bieden. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

Bevalling en/of kraambed met medische noodzaak in een ziekenhuis

#### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op:

- medisch specialistische (verloskundige) zorg, als bedoeld in artikel 6, al dan niet in combinatie met behandeling en verpleging alsmede verblijf in het ziekenhuis. Dit geldt voor moeder en (met ingang van de dag van de bevalling) haar kind;
- verblijf bij de opgenomen moeder van de gezonde zuigeling wegens borstvoeding, zolang Zorg en Zekerheid voor de moeder vergoeding van de opname en behandelkosten is verschuldigd.

#### *Wat zijn de voorwaarden?*

Er dient, naar het oordeel van de verloskundige, de huisarts of de medisch specialist een medische noodzaak te zijn voor verblijf in het ziekenhuis.

#### *Heb ik een verwijzing nodig?*

Er dient sprake te zijn van een gerichte verwijzing door een verloskundige of huisarts.

*Wat moet ik nog meer weten?*

Indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten, voordat de kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, dan bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 7.3.

*Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?*

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis

*Waar heb ik recht op?*

U heeft met ingang van de dag van de bevalling recht op:

- verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door verloskundige of verloskundig actieve huisarts;
- het gebruik van een verloskamer van het ziekenhuis of kraamcentrum gedurende de bevalling.

*Moet ik een eigen bijdrage betalen?*

Voor bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis is zowel voor moeder en kind een eigen bijdrage verschuldigd van € 31,00 per opnamedag (€ 15,50 voor moeder en € 15,50 voor kind). De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 223,00 (€ 111,50 voor moeder en € 111,50 voor kind) per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis of kraamcentrum.

*Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?*

Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

*Wat moet ik nog meer weten?*

Indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten, voordat de kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, dan bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg.

*Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?*

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Bevalling en/of kraambed thuis

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts.

*Wat wordt er vergoed als er een niet-gecontracteerde zorgverlener komt?*

Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

### 7.3 Kraamzorg

#### *Waar heb ik recht op?*

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben recht op kraamzorg zoals kraamverzorgenden deze plegen te bieden. De kraamzorg bestaat uit de inschrijving en intake door het kraamcentrum, de partusassistentie bij een thuisbevalling en de kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

De omvang van de kraamzorg wordt bepaald door uw persoonlijke situatie na de bevalling. Het aantal uren kraamzorg dat u krijgt, wordt in overleg met u, door het kraamcentrum vastgesteld op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Een toelichting op dit protocol kunt u vinden op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl).

#### *Wat zijn de voorwaarden?*

- aanmelding voor kraamzorg dient plaats te vinden via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer: 0900 - 222 44 66) of via [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl) bij voorkeur vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum.
- bij opname in een ziekenhuis: indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat de kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. De dag van ontslag wordt hierbij niet als opnamedag gerekend.
- de kraamzorg dient te worden verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum op aanwijzing van de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn'.
- de kraamzorg dient te worden geleverd door een kraamverzorgende welke is verbonden aan een kraamcentrum.

#### *Moet ik een eigen bijdrage betalen?*

Voor de kosten van kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 3,90 per uur.

#### *Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?*

Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

#### *Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?*

Bij hulp voor kraamzorg van een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

## Artikel 8 Revalidatie

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op revalidatie in een klinische (opname) of niet-klinische (deeltijd- of dag-behandeling) situatie.

*Wat zijn de voorwaarden?*

- de zorg dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- de hulp dient de verzekerde in staat te stellen een dusdanige mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen van de verzekerde, redelijkerwijs mogelijk is;
- voor aanspraak op klinische revalidatie dient er de verwachting te zijn dat binnen een korte termijn betere resultaten dan met niet-klinische revalidatie worden behaald.

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

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

## Artikel 9 Orgaantransplantaties

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op:

- transplantaties van weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een EU- en EER-staat of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is;
- medisch specialistische zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- medische zorg conform deze polis van de donor gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen. De zorg dient verband te houden met een door deze verzekering gedekte orgaantransplantatie;
- vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van openbaar vervoer dan wel, indien en voor zover medisch noodzakelijk, per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin;
- het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland.

*Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

U dient vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid.

*Welke kosten worden niet vergoed?*

Niet vergoed worden de verblijfskosten in Nederland van de in het buitenland woonachtige donor, noch diens eventuele gederfde inkomsten.

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

Bij hulp in een niet-gecontracteerde zorginstelling vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

## Artikel 10 Dialyse

### *Waar heb ik recht op?*

U heeft bij niet-klinische dialyse via hemodialyse of peritoneaaldialyse alsmede de hiermee in verband houdende medisch specialistische zorg verleend in een dialysecentrum recht op:

- het daarmee verband houdende onderzoek, behandeling, verpleging en de farmaceutische zorg;
- door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

U heeft in geval van thuisdialyse, behalve op bovengenoemde aanspraken, ook recht op:

- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- vergoeding van de kosten van het in bruikleen geven van de dialyseapparatuur met toebehoren, regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede vergoeding van de kosten van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

### *Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

Voor de vergoeding van niet-medische kosten bij thuisdialyse dient u vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid, waarbij nadere (administratieve) voorwaarden kunnen worden gesteld.

### *Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?*

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

21

## Artikel 11 Mechanische beademing

### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een erkend beademingscentrum.

U heeft bij noodzakelijke mechanische beademing thuis recht op:

- het gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door een beademingscentrum.

### *Wat zijn de voorwaarden?*

De beademing ten huize van de verzekerde dient plaats te vinden onder de verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

### *Waar heb ik geen recht op?*

Er bestaat geen recht op verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing.

### *Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?*

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor beademing vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

## Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKioN).

*Heb ik een verwijzing nodig?*

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist.

## Artikel 13 Trombosedienst

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op het door de trombosedienst:

- regelmatig afnemen van bloedmonsters;
- verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed;
- ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten;
- opleiden in het gebruik, van de bij het voorafgaande streepje, aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden bij uw metingen;
- geven van adviezen omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

*Heb ik een verwijzing nodig?*

Er dient sprake te zijn van een verwijzing door een huisarts of medisch specialist.

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

Bij hulp door een niet-gecontracteerde trombosedienst vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

## Artikel 14 Erfelijkheidsonderzoek

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op:

- de centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- de erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding;
- adviesing en onderzoek bij andere personen indien noodzakelijk voor het advies aan de verzekerde.

*Wat zijn de voorwaarden?*

De hulp dient plaats te vinden in een erkend/vergunninghoudend centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

*Heb ik een verwijzing nodig?*

Er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts of medisch specialist.

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

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsonderzoek vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

## Artikel 15 Audiologische zorg

### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op zorg verleend door een audiologisch centrum bestaande uit:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

### *Heb ik een verwijzing nodig?*

Er dient sprake te zijn van een verwijzing door een huisarts, gecontracteerde bedrijfsarts, kinderarts, jeugdgezondheidszorgarts of keel-, neus- en oorarts (KNO-arts).

### *Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?*

Bij hulp in een niet-gecontracteerd audiologisch centrum vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

## Artikel 16 IVF

### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op de eerste drie IVF-pogingen per te realiseren zwangerschap per behandelde vrouwelijke verzekerde (inclusief de medicatie).

### *Wat zijn de voorwaarden?*

- er dient sprake te zijn van een medische indicatie;
- de behandeling dient plaats te vinden in een gecontracteerd IVF-centrum met een vergunning voor IVF op grond van de Wet op de bijzondere medische Verrichtingen (WBMV).

### *Heb ik een verwijzing nodig?*

Er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts.

### *Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

Er dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid.

### *Waar heb ik geen recht op?*

Er bestaat geen recht op de vierde en volgende IVF-poging(en) per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen van het moment van de follikelpunctie, en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

### *Wat moet ik nog meer weten?*

- indien er tijdens de IVF-poging meerdere bruikbare embryo's ontstaan kunnen deze worden ingevroren en op een later tijdstip worden teruggeplaatst. Deze terugplaatsingen gelden dan als onderdeel van de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan;
- onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan:
  - a. een doorgaande zwangerschap van tenminste twaalf weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie bij een spontane (fysiologische) zwangerschap;
  - b. een doorgaande zwangerschap van tenminste tien weken na het moment van follikelpunctie bij IVF (bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling).



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

Bij hulp in een niet-gecontracteerde vergunninghoudende instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

## Artikel 17 Paramedische zorg

### 17.1 Algemeen

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck inclusief de verbijzonderingen. Paramedische zorg omvat ook ergotherapie, logopedie en dieetadvies. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is binnen de paramedische zorg. De lijst van basisaanspraken voor fysiotherapie die voor vergoeding in aanmerking komen, maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zenden wij u desgevraagd toe of kunt u raadplegen op [www.zorgzekerheid.nl](http://www.zorgzekerheid.nl).

### 17.2 Algemene voorwaarden fysiotherapie

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- in geval van een verbijzonderde zitting dient de behandeling te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die staat geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- in geval van oedeemtherapie kan de behandeling uitgevoerd worden door een gecontracteerde huidtherapeut;
- een chronische indicatie dient onder Bijlage 1 van de ministeriële regeling te vallen. Voor een aantal indicaties in deze regeling is er sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode, zoals in Bijlage 1 is aangegeven;
- voor een chronische indicatie geldt dat de therapie medisch noodzakelijk dient te zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist is voorgeschreven;
- per dag komt maximaal één zitting voor vergoeding in aanmerking tenzij voor meerdere zittingen op één dag medisch noodzaak bestaat, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf aan de fysiotherapeut toestemming heeft gegeven.

### 17.3 Algemene voorwaarden oefentherapie

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een oefentherapeut;
- in geval van een verbijzonderde zitting dient de behandeling te worden uitgevoerd door een oefentherapeut die staat geregistreerd in het register van verbijzonderde oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM);
- een chronische indicatie dient onder Bijlage 1 van de ministeriële regeling te vallen. Voor een aantal indicaties in deze regeling is er sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode, zoals in Bijlage 1 is aangegeven;
- voor een chronische indicatie geldt dat de therapie medisch noodzakelijk dient te zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist is voorgeschreven.

#### 17.4 Fysiotherapie en/of oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar

##### Chronische indicatie

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op het medisch noodzakelijke aantal behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar.

##### Niet-chronische indicatie

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op:

- maximaal 9 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per indicatie per verzekerde per kalenderjaar;
- in aansluiting op deze behandelingen bestaat er bij ontoereikend resultaat, recht op maximaal 9 extra behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per indicatie per verzekerde per kalenderjaar;
- indien er sprake is van een specifieke verwijzing kinderfysiotherapie, bestaat er recht op maximaal 9 extra behandelingen kinderfysiotherapie per indicatie per verzekerde per kalenderjaar.

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

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van € 23,00 voor een reguliere zitting. Voor de tarieven van alle overige prestaties verwijzen wij u naar [www.zorgzekerheid.nl](http://www.zorgzekerheid.nl).

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

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke marktconforme tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

#### 17.5 Fysiotherapie en/of oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

##### Chronische indicatie

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op het medisch noodzakelijke aantal behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar en de eerste 9 zittingen bekkenfysiotherapie bij urineincontinentie, mits gegeven in het kader van "stepped care".

*Waar heb ik geen recht op?*

De eerste 12 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie, indien er sprake is van een eerste behandelserie bij een chronische indicatie.

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

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van € 23,00 voor een reguliere zitting. Voor de tarieven van alle overige prestaties verwijzen wij u naar [www.zorgzekerheid.nl](http://www.zorgzekerheid.nl).

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

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke marktconforme tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

## 17.6 Ergotherapie

### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per verzekerde per kalenderjaar.

### *Wat zijn de voorwaarden?*

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een ergotherapeut;
- de ergotherapie dient in een behandelruimte of op het huisadres van de verzekerde plaats te vinden met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

### *Heb ik een verwijzing nodig?*

Er dient sprake te zijn van een gerichte verwijzing door een huisarts of medisch specialist.

### *Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde ergotherapeut ga?*

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde ergotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot 80% van het WMG-tarief dan wel het marktconforme bedrag. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief dan wel het marktconforme bedrag blijven voor uw rekening.

## 17.7 Logopedie

### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op logopedische behandeling.

### *Wat zijn de voorwaarden?*

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een logopedist;
- de behandeling moet een geneeskundig doel dienen en bij de behandeling dient er herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen te worden verwacht.

### *Heb ik een verwijzing nodig?*

De behandeling dient op voorschrift van de (tand)arts of orthopedagoog plaats te vinden.

### *Waar heb ik geen recht op?*

- onder logopedische behandeling wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen (in verband met dialect en/of anderstaligheid);
- logopedische behandelingen gegeven op school komen niet voor vergoeding in aanmerking.

### *Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde logopedist ga?*

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde logopedist vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening.

## 17.8 Dieetadvisering

### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op dieetadvisering (voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten) met een maximum van 4 uur per verzekerde per kalenderjaar.

### *Wat zijn de voorwaarden?*

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een diëtist;
- de dieetadvisering moet een medisch doel hebben.

### *Heb ik een verwijzing nodig?*

Behandeling dient te zijn voorgeschreven door uw behandelend arts, tandarts of medisch specialist.

### *Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde diëtist ga?*

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde diëtist vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

## Artikel 18 Mondzorg

### 18.1 Algemene bepalingen

*Waar heb ik recht op?*

- mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is;
- de mondzorg kan worden verleend door een wettelijke daartoe bevoegde zorgverlener zoals een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, gecontracteerd tandprotheticus en mondhygiënist.

Een volledig overzicht van de gecontracteerde tandprotheticus en de prestaties met bijbehorende tarieven die vastgesteld zijn, kunt u vinden op [www.zorgzekerheid.nl](http://www.zorgzekerheid.nl).

Een volledig overzicht van de prestaties met bijbehorende marktconforme tarieven van een tandarts, mondhygiënist en orthodontist kunt u raadplegen op [www.zorgzekerheid.nl](http://www.zorgzekerheid.nl).

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

Ten aanzien van mondzorg van een niet-gecontracteerde tandprotheticus vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening.

*Waar heb ik geen recht op?*

- de mondzorg omvat geen behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig niet doelmatig zijn;
- prothetische voorzieningen vervaardigd en gedeclareerd door een tandtechnicus komen niet voor vergoeding in aanmerking.

*Mondzorg buiten reguliere praktijk*

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg ter plaatse van waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of specialist vereist.

### 18.2 Mondzorg tot 18 jaar

*Waar heb ik recht op?*

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar indien het betreft:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundige meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp;
- g. anesthesie;
- h. endodontische hulp, met uitzondering van uitwendig bleken;
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- j. gnathologische hulp;
- k. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van de tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- l. chirurgische tandheelkundige hulp door een tandarts of een kaakchirurg met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
- n. uitneembare prothetische voorzieningen, niet op implantaten, voor de boven- en/of onderkaak (inclusief reparatie en rebasen daarvan);
- o. mondzorg in bijzondere gevallen zoals bepaald in artikel 18.4;
- p. medisch noodzakelijk verblijf zoals bepaald in 18.5.

*Welke kosten worden niet vergoed?*

De verzekerde tot 18 jaar heeft geen recht op vergoeding van kroon en brugwerk (R-codes) met uitzondering van de tandheelkundige zorg zoals bedoeld in artikel 18.2 onder k en geen recht op orthodontie met uitzondering van artikel 18.4.

*Wat wordt er vergoed voor mondzorg buiten de reguliere praktijken?*

De verzekerde tot 18 jaar heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

*Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

- voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 18.2 onder k en in artikel 18.2 onder l, indien het een extractie onder narcose of een osteotomie betreft, heeft de verzekerde voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid;
- schriftelijke toestemming is ook vereist voor mondzorg in bijzondere gevallen zoals bedoeld in artikel 18.4. Bij de aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of centrum bijzondere tandheelkunde toegevoegd en een schriftelijk behandelplan;
- ook is schriftelijke toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen.

De toestemming kan worden ingetrokken indien:

- de mondzorg niet meer is aangewezen;
- de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- een andere behandelaar de behandeling overneemt;
- er een andere behandeling uitgevoerd wordt dan waar de toestemming voor gegeven is.

### 18.3 Mondzorg vanaf 18 jaar

*Waar heb ik recht op?*

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder indien het betreft:

- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
- b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen, niet op implantaten, voor de boven- en/of onderkaak (inclusief reparatie en rebasen daarvan);
- c. mondzorg in bijzondere gevallen zoals bepaald in 18.4;
- d. medisch noodzakelijk verblijf zoals bepaald in 18.5.

*Moet ik een eigen bijdrage betalen?*

1. Voor zorg bedoeld in artikel 18.3 onder b is de verzekerde van 18 jaar en ouder een eigen bijdrage van 25% verschuldigd voor de kosten van die voorziening met uitzondering van reparatie en rebasen van die voorziening.
2. De verzekerde van 18 jaar en ouder is een eigen bijdrage van € 125,00 verschuldigd voor een uitneembare volledige prothetische voorziening al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten, indien het zorg betreft als bepaald in artikel 18.4.1 onder a en b.
3. De verzekerde van 18 jaar en ouder is voor zorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 onder a een eigen bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht voor de volgende behandelingen:
  - preventief onderzoek;
  - incidenteel consult;
  - extractie;
  - parodontale hulp;
  - endodontische hulp;
  - restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
  - uitneembare niet-volledige prothetische voorzieningen.
4. De verzekerde van 18 jaar en ouder met een extreme angst voor mondzorg is voor zorg als bepaald in 18.4.1 onder b een eigen bijdrage verschuldigd zoals hiervoor vermeld in punt 3.

#### *Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

- voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder a, indien het een extractie onder narcose of een osteotomie betreft, heeft de verzekerde van 18 jaar en ouder voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid;
- voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder b heeft de verzekerde van 18 jaar en ouder voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten ten hoogste € 550,00 per onder- of bovenkaak en € 1.050,00 bij een volledige onder- en bovenprothese bedragen of indien deze prothese gemaakt is door een gecontracteerde tandprotheticus;
- schriftelijke toestemming is ook vereist voor mondzorg in bijzondere gevallen zoals bedoeld in artikel 18.4. Bij de aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of centrum bijzondere tandheelkunde toegevoegd en een schriftelijk behandelplan;
- schriftelijke toestemming is ook vereist indien de prothese (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen.

De toestemming kan worden ingetrokken indien:

- de mondzorg niet meer is aangewezen;
- de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- een andere behandelaar de behandeling overneemt;
- er een andere behandeling uitgevoerd wordt dan waar de toestemming voor gegeven is.

#### **18.4 Mondzorg in bijzondere gevallen**

##### *Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

Voor mondzorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 tot en met 18.4.3 is voorafgaande toestemming nodig van Zorg en Zekerheid.

##### *Moet ik een eigen bijdrage betalen?*

Voor mondzorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 tot en met 18.4.3 is voor verzekerden een eigen bijdrage verschuldigd zoals bepaald in artikel 18.2 respectievelijk 18.3.

#### **18.4.1 Mondzorg in bijzondere gevallen**

##### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op vergoeding van de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, en het hierbij medisch noodzakelijke verblijf zoals bedoeld in artikel 18.5, in de volgende gevallen:

- Indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- Indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;
- Indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

#### **18.4.2 Implantaten en een uitneembare volledige prothese op implantaten in een tandloze kaak**

##### *Waar heb ik recht op?*

Onder vergoeding van de kosten van zorg, bedoeld in het artikel 18.4.1 onder a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, de daarbij behorende prothese en de onderdelen ter bevestiging daarvan, indien er sprake is van een zeer ernstige geslonken tandeloze kaak.

### 18.4.3 Orthodontie in bijzondere gevallen

*Wat wordt er vergoed?*

Orthodontische hulp is slechts onder de vergoeding van de kosten van zorg bedoeld in het artikel 18.4.1, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tandkaak- mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

*Wat zijn de voorwaarden?*

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist.

### 18.5 Medisch noodzakelijk verblijf

Verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals omschreven in artikel 18 al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

- a. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen;
- b. In afwijking van het gestelde onder a tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen.

## Artikel 19 Farmaceutische zorg

### 19.1 Algemene bepaling

*Waar heb ik recht op?*

De verzekerde heeft recht op farmaceutische zorg zoals bepaald in de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg. Deze zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement, is voor verstrekking van het betreffende geneesmiddel voorafgaande toestemming vereist. Het Reglement is te raadplegen via [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl). Ook kunt u het Reglement opvragen via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of door een bezoek te brengen aan onze winkels. Bij gecontracteerde apotheken wordt de door Zorg en Zekerheid afgesproken prijs en tarief afgerekend.

*Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde apotheker of apotheekhoudend huisarts ga?*

Ten aanzien van farmaceutische zorg van een niet-gecontracteerde apotheker of apotheekhoudend huisarts vindt ten aanzien van de bij de levering behorende vergoeding en toeslagen een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het vastgestelde gemiddelde, maximale WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening.

### 19.2 Geneesmiddelen

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op de terhandstelling of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:

- de in de Regeling Zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover aangewezen door Zorg en Zekerheid;
- geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid voor zover het rationele farmacotherapie is. Voor rationele farmacotherapie hanteren wij de definitie van de Commissie Farmaceutische Hulp van het College voor zorgverzekeringen. Rationele farmacotherapie is de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur. Daarbij geldt tevens dat het geneesmiddel het meest economisch is voor de zorgverzekering onderscheidenlijk de patiënt;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40 lid 3 sub f van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die op verzoek van een arts, als bedoeld in vernoemd artikel, in Nederland zijn bereid door een, conform de Geneesmiddelenwet, vergunninghoudende fabrikant; of

- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, lid 3 sub f van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die in de handel zijn in een lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts, als bedoeld in voornoemd artikel, binnen Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners.

#### *Wat zijn de voorwaarden?*

- aanspraak bestaat alleen op die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling Zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door Zorg en Zekerheid. Eén en ander is nader uitgewerkt in het Reglement;
- indien de voorschrijver het niet medisch verantwoord acht de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geregistreerd geneesmiddel met dezelfde werkzame stof;
- tenzij Zorg en Zekerheid nadere afspraken (zie hiervoor [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl)) heeft gemaakt met een apotheker/apothekerhoudend huisarts, dient de farmaceutische hulp te zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandartspecialist of verloskundige en dient ter hand gesteld te worden onder verantwoordelijkheid van die apotheker/apotheekhoudend huisarts;
- op farmaceutische zorg is de prescriptieregeling (zie het Reglement) van toepassing;
- op vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen (of bestanddelen van geneesmiddelen) een limiet aan de vergoeding is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vastgestelde vergoedingslimiet blijven de meerkosten voor rekening van u (de GVS-eigen bijdrage), dit is ook van toepassing op apotheek-bereiding. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het eigen risico;
- voor aanspraak op een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is ook te raadplegen via [www.wetten.nl](http://www.wetten.nl);
- sommige geneesmiddelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking indien deze worden gefinancierd uit het ziekenhuisbudget. Deze geneesmiddelen zijn genoemd in bijlage 1 van het Reglement;
- Zorg en Zekerheid kan in haar Reglement nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid voor de terhandstelling van geneesmiddelen.

#### *Waar heb ik geen recht op?*

- farmaceutische zorg voor in de Regeling zorgverzekering aan gegeven gevallen;
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, lid 3, onder f van de Geneesmiddelenwet.

### **19.3 Dieetpreparaten**

#### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op terhandstelling van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten uitsluitend aan een verzekerde die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die:

- lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- lijdt aan een voedselallergie;
- lijdt aan een resorptiestoornis;
- lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.



## Artikel 20 Hulpmiddelen

De omvang van de aanspraak wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Deze zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl). Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op verstrekking van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, af te leveren door een door Zorg en Zekerheid, tot dat doel, gecontracteerde leverancier.

### *Wat zijn de voorwaarden?*

- het hulpmiddel dient noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, één en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid;
- aanspraak op verstrekking van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen;
- het hulpmiddel dient voorgeschreven te zijn door de behandelend arts;
- voor verbandmiddelen dient samen met de eerste nota een medische noodzakelijkheidsverklaring van de huisarts of medisch specialist te worden ingediend.

### *Waar heb ik geen recht op?*

- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energieverbruik en batterijen;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen welke voorgeschreven worden aan een verzekerde die behandeld wordt in een AWBZ-instelling waar hij verblijft en die worden geacht noodzakelijk te zijn voor de zorg die deze instelling verleent.

### *Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?*

Bij aflevering van hulpmiddelen en verbandmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per hulpmiddel. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

## Artikel 21 Ziekenvervoer

### 21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van ambulancevervoer is sprake bij medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.

### 21.2 Ambulancevervoer

#### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer in Nederland over een afstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand:

- a. naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten - met inachtneming van een eventueel vrijwillig gekozen eigen risico - geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen;
- b. naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;

- c. vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- d. van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien u in uw woning redelijkerwijs niet de verzorging kunt krijgen.

*Wat zijn de voorwaarden?*

- ander vervoer (openbaar vervoer, taxi of auto) is om medische redenen niet verantwoord;
- het vervoer dient verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten krachtens deze verzekering geheel of gedeeltelijk voor rekening van Zorg en Zekerheid komen.

*Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

Indien het vervoer per ambulance niet mogelijk is, dient aan Zorg en Zekerheid vooraf toestemming te worden gevraagd voor een ander middel van vervoer.

*Waar heb ik geen recht op?*

U heeft geen recht op het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

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

Bij ambulancevervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per rit.

### 21.3 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op medisch noodzakelijk zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer in de laagste klasse, vervoer per (eigen) auto of taxi) van en naar een zorgverlener of zorginstelling over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand voorzover:

- u nierdialyse moet ondergaan;
- u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen en vervoerd moet worden van en naar een zorgverlener, instelling of woning waarin u zorg zult ontvangen als bedoeld onder artikel 21.2 a t/m d;
- het gezichtsvermogen van u zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen en vervoerd moet worden van en naar een zorgverlener, instelling of woning als bedoeld onder artikel 21.2 a t/m d.

*Wat zijn de voorwaarden?*

Kosten voor openbaar vervoer of gebruik van de (eigen) auto worden vergoed op basis van de kortst gebruikelijke afstand.

*Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

- u dient vooraf toestemming te hebben verkregen van Zorg en Zekerheid. Daarvoor dient u het zittend ziekenvervoer aan te vragen zoals omschreven in artikel 21.4;
- indien het zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is kan Zorg en Zekerheid vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

*Wat moet ik nog meer weten?*

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig en gedurende meerdere keren per week is aangewezen op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar, betreft. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid vervoer van twee begeleiders toestaan.

#### 21.4 Wijze van aanvragen zittend ziekenvervoer

*Hoe kan ik zittend ziekenvervoer aanvragen?*

- indien sprake is van genoemde indicaties dient de verzekerde contact op te nemen met de Vervoerslijn, telefoonnummer: (071) 5 825 700 om de desbetreffende indicatie te melden;
- door de Vervoerslijn wordt bepaald op welk soort vervoer de verzekerde recht heeft;
- indien de Vervoerslijn aangeeft dat taxivervoer noodzakelijk is, dient de verzekerde contact op te nemen met de Zorgvervoercentrale Nederland, telefoonnummer (0900) 2 212 223, om het (rolstoel)taxivervoer te bestellen.

#### 21.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

*Moet ik een eigen bijdrage betalen?*

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 92,00 per verzekerde per kalenderjaar.

*Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?*

Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

#### 21.6 Wijze van declareren zittend ziekenvervoer

*Hoeveel wordt er vergoed?*

De vergoeding voor vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,27 per kilometer.

*Hoe kan ik de kosten declareren?*

Voor het declareren van de kosten indien sprake is van eigen vervoer, dient u het declaratieformulier zittend ziekenvervoer in te vullen en dit samen met uw nota's en afsprakenkaart naar Zorg en Zekerheid te sturen. Voor inzendtermijnen zie voorwaarden 28.1 onder f.

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

Bij vervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per rit. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

## Artikel 22 Buitenland

### 22.1 Algemene bepaling

Voor (vergoeding van) het recht op behandeling in het buitenland is er verschil tussen:

- verzekerden die wonen in Nederland (artikel 22.2.);
- verzekerden die wonen in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland (artikel 22.2 en 22.3.);
- verzekerden die wonen in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is (artikel 22.2 en 22.4).

Als een verzekerde de zorg inroept van een niet door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vindt vergoeding voor de kosten van de zorg plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zou zijn verleend.

Indien bij de betreffende zorgvorm niet afzonderlijk is aangegeven wat de vergoeding voor de kosten van de zorg is, indien verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, dan vindt vergoeding voor die kosten plaats tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief.

De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening.

#### *Heb ik toestemming nodig?*

Voor intramurale zorg buiten Nederland (dat is opneming of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht) is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. Indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan Nederland, en deze zorg niet, of niet tijdig, kan worden ingeroepen in Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder dan vindt vergoeding van de kosten plaats tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. Indien de gevraagde intramurale behandeling tijdig in Nederland kan worden ingeroepen bij een gecontracteerde zorgaanbieder kan toestemming worden gegeven voor vergoeding van de kosten tot maximaal 80% resp. 60 % van het Nederlandse marktconforme of WMG tarief zoals bepaald in artikel 6 resp. artikel 24. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening.

## 22.2 Woonachtig in Nederland

### 22.2.1 Tijdelijk verblijvend in een ander EU/EER-land of verdragsland

Dit artikel is ook van toepassing op een verzekerde die in een ander land woont en die tijdelijk verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

#### *Waar heb ik recht op?*

- u heeft recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheids verordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding van de kosten dan wel het recht op behandeling van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- u heeft recht op zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- u heeft recht op (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

#### *Wat zijn de voorwaarden?*

- verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, niet zijnde het woonland, is alleen van toepassing indien het in verdragslanden betrekking heeft op medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) en in een EU/EER-land op prestaties, die tijdens verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf;
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land moet ingeroepen worden volgens de voorgeschreven verdragssystematiek (Europese verzekeringspas). Ter plaatse geldende eigen betalingen tellen mee in het eigen risico.

### 22.2.2 Tijdelijk verblijvend in een land dat geen EU/EER-land en geen verdragsland is

Dit artikel is ook van toepassing op een verzekerde die in een ander land woont en die tijdelijk verblijft in een land dat geen EU/EER-land en geen verdragsland is.

*Waar heb ik recht op?*

U heeft naar keuze recht op:

- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

*Wat zijn de voorwaarden?*

Verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland.

### 22.3 Woonachtig in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland

*Waar heb ik recht op?*

De verzekerde die woont in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft in zijn woonland naar keuze recht op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheids verordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding voor de kosten van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (genoten in een ander land dan het woonland en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

### 22.4 Woonachtig in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is

*Waar heb ik recht op?*

De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft in zijn woonland naar keuze recht op:

- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (genoten in een ander land dan het woonland en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

*Wat zijn de voorwaarden?*

Verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland.

### 22.5 Volledige vergoeding

In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt volledige vergoeding van de kosten plaats voorzover:

- a. er sprake is van wachtlijstbemiddeling door Zorg en Zekerheid of;
- b. de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door Zorg en Zekerheid.

### 22.6 Bevoegdheid zorgverlener of instelling

Zorg in het buitenland moet worden verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.

## Geestelijke Gezondheidszorg

## Artikel 23 Eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ

### 23.1 Eerstelijns psychologische zorg

*Heb ik een verwijzing nodig?*

- voor de eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ, is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medische specialist (niet zijnde een psychiater). Dit geldt niet voor acute zorg;
- voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel een verwijzing van een arts of andere behandelaar (genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft omschreven in artikel 9.b vijfde lid van de AWBZ).

### 23.2 Aanspraak Eerstelijns psychologische zorg

*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog en/ of eerstelijns psycholoog die door Zorg en Zekerheid is gecontracteerd. De omvang van de zorg wordt begrensd door hetgeen (huisartsen en) klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

*Wat zijn de voorwaarden?*

- de zorg omvat ten hoogste acht zittingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar;
- de verzekerde betaalt een eigen bijdrage van € 10,00 per zitting voor eerstelijns psychologische zorg.

*Waar heb ik geen recht op?*

De zorg omvat niet de specialistische zorg bedoeld in artikel 24.

*Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijns psycholoog ga?*

Bij een consultatie van een niet-gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijns psycholoog vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

## Artikel 24 Specialistische GGZ

### 24.1 Specialistische GGZ

*Heb ik een verwijzing nodig?*

- voor specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg;
- voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel een verwijzing van een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9.b, vijfde lid van de AWBZ.

## 24.2 Omvang van de zorg

*Waar heb ik recht op?*

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten (een psychiater/zenuwarts) en klinisch psychologen, als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg als bedoeld in artikel 23.

## 24.3 Klinische specialistische GGZ

*Waar heb ik recht op?*

- u heeft recht op opname in een GGZ instelling, die door Zorg en Zekerheid is gecontracteerd, of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als een onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
- de aanspraak omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

*Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde GGZ instelling ga?*

Bij zorg in een niet-gecontracteerde GGZ instelling die een Nederlands wettelijk tarief hanteert dan vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 60% van dit tarief. Als er geen Nederlands wettelijk tarief gehanteerd wordt dan vindt een kostenvergoeding van de zorg plaats tot maximaal 80% van het bedrag dat in Nederland marktconform is.

## 24.4 Niet-klinische specialistische GGZ

*Waar heb ik recht op?*

- u heeft recht op specialistische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater, klinisch psycholoog, zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- verder heeft u aanspraak op specialistische GGZ in de huispraktijk van de tot dat doel door Zorg en Zekerheid gecontracteerde psychiater, klinisch psycholoog, zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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

Bij zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die een Nederlands wettelijk tarief hanteert dan vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van dit tarief. Als er geen Nederlands wettelijk tarief gehanteerd wordt dan vindt een kostenvergoeding van de zorg plaats tot maximaal 80% van het bedrag dat in Nederland marktconform is.

## Artikel 25 Dyslexiezorg

### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op zorg bij ernstige dyslexie. Voor de definitie van het begrip ernstige dyslexie verwijzen wij naar de begripsomschrijvingen.

### *Wat zijn de voorwaarden?*

- de zorg dient aan te vangen bij kinderen van zeven, acht, negen of tien jaar oud die basisonderwijs volgen;
- het recht op deze zorg geldt uitsluitend voor diegenen die voldoen aan de criteria zoals genoemd in het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling (L. Blomert 2006) en die behandeld worden conform dit Protocol;
- de behandeling wordt uitgevoerd door een zorginstelling of zorgverlener die zorg verleent in het kader van diagnostiek en/of behandeling van ernstige dyslexie conform het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (L. Blomert 2006).

### *Heb ik een verwijzing nodig?*

U dient te beschikken over een verwijzing van de basisschool waaruit blijkt dat het voortraject behandeling dyslexie van de basisschool is doorlopen.

### *Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?*

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

De door Zorg en Zekerheid gecontracteerde instellingen zijn te vinden op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl). Ook het genoemde Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (L. Blomert 2006) is te vinden op onze website.

## Artikel 26 Ketenzorg

### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op ketenzorg. Voor de definitie van ketenzorg verwijzen wij naar de begripsomschrijvingen.

### *Wat zijn de voorwaarden?*

De ketenzorg dient geleverd te worden bij een specifieke chronische aandoening (COPD, CVRM en Diabetes) door een groep verschillende zorgverleners die de zorg gecoördineerd levert. Deze groep wordt ook wel een zorggroep genoemd.

## Artikel 27 Stoppen met Roken

### *Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op het stoppen-met-rokenprogramma. Deze zorg omvat, geneeskundige zorg gericht op gedragsverandering al dan niet in combinatie met geneesmiddelen met als doel te stoppen met roken.

### *Wat zijn de voorwaarden?*

De zorg omvat slechts het volgen van het programma een keer per kalenderjaar.

### *Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?*

Bij hulp in een niet-gecontracteerde zorggroep vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief.



# Rubriek D

## Uitsluitingen

### Artikel 28

#### 28.1

*Welke kosten worden niet vergoed?*

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- a. De verschuldigde eigen bijdragen en eigen betaling krachtens de Zorgverzekeringswet en de AWBZ en van bevolkingsonderzoeken.
- b. Aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de toepasselijke ministeriële regeling anders is bepaald.
- c. Het vaccineren ten behoeve van grieppreventie.
- d. Alternatieve geneeswijzen.
- e. Een kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake verloskundige zorg.
- f. Kosten die gemaakt worden voor behandelingen waarvoor van te voren een machtiging diende te worden aangevraagd en die machtiging niet van te voren is aangevraagd noch is afgegeven.
- g. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek.
- h. Behandelingen gericht op de sterilisatie van zowel man als vrouw.
- i. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw).
- j. Behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van mannelijke verzekerden.
- k. Geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis.
- l. Declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken.
- m. Voor opname indien voortzetting van ziekenhuisopname medisch gezien niet meer noodzakelijk is, naar het oordeel van de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid.
- n. Van onderzoeken en behandelingen die naar wetenschappelijke opvattingen niet algemeen aanvaard of niet gebruikelijk zijn in het kader van de uitoefening van het beroep of specialisme of niet zijn opgenomen in de wettelijke omschrijving van de beroeps-uitoefeningen.
- o. Prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft.
- p. Indien de kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in artikel 22 buitenland.

#### 28.2

*Welke kosten worden niet vergoed?*

U heeft geen recht op vergoeding van kosten:

- a. Indien deze het gevolg zijn van schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
- b. Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlog, onlusten in binnen- en/of buitenland, oproer, opstand, rellen, opstoten en munitie.

Indien de behoefte aan zorg het gevolg is van één of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisme schade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximum bedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarden van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld heeft u in aanvulling op de

prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering te bepalen omvang. Het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzeeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. is op deze polis van toepassing. Het clausuleblad is gedeponereerd op 6 januari 2005 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen via [www.terrorisneverzekerd.nl](http://www.terrorisneverzekerd.nl) en [www.zorgenzekeerheid.nl](http://www.zorgenzekeerheid.nl). Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

### 28.3

U heeft geen recht op vergoeding of verstrekking indien de kosten zijn ontstaan door ziekten en of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijke geregelde verzekering, een verzekering van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of - ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten - een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden.

# Rubriek E

## Verzekeringsvoorwaarden

### Artikel 29

#### 29.1 Algemeen

Vergoeding van andere zorg dan in de polis omschreven: in voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en Zorg en Zekerheid voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

#### 29.2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse

Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

#### 29.3 Begin en einde van de vergoeding c.q. aanspraak op zorg

Indien de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis aanspraak heeft op zorg dan wel recht heeft op vergoeding van door hem gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Ten aanzien van de toerekening van een DBC geldt hetgeen is aangegeven in artikel 28 lid 1 f.

#### 29.4 Persoonsregistratie

- a. De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing;
- b. Zorg en Zekerheid kan uw gegevens, met uitzondering van medische gegevens, verstrekken aan Zorg en Zekerheid Assurantiebemiddeling B.V. om u te informeren over andere activiteiten. Indien u geen prijs stelt op informatie over andere activiteiten kunt u dit schriftelijk melden bij Zorg en Zekerheid;
- c. Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgverleners of zorginstellingen omtrent uw verzekeringsstatus. Zorg en Zekerheid behoudt zich in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken, met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Indien u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid.

### Artikel 30 Verplichtingen verzekerde/verzekeringnemer

#### 30.1 Algemene verplichtingen

De verzekerde/verzekeringnemer is verplicht:

- a. Bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs.
- b. De behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid indien de medisch adviseur daarom vraagt.
- c. Aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder wordt tevens verstaan het, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijk second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid.

- d. Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking; het is hem niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzeekerde met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed.
- e. Binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde is gedetineerd, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie.
- f. De originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen vóór 31 december van het tweede jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC worden alle kosten die met deze DBC verband houden toegeerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Indien de nota's later worden ingediend dan hierboven vermeld kan de vergoeding van zorgkosten worden verminderd met de schade die Zorg en Zekerheid daardoor lijdt of zelfs komen te vervallen, voor zover. Zorg en Zekerheid door de late indiening in een redelijk belang is geschaad. Alleen originele nota's, of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/zittend ziekenvervoer, zie hiervoor ook [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl);
- g. Voor zover een verwijzing in de polis voor het inroepen van de zorg is vereist, de verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen indien Zorg en Zekerheid hierom vraagt.

### 30.2 Tijdig aanvragen van toestemming

De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht toestemming van Zorg en Zekerheid, zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen en instellingen, vooraf op een zodanig tijdstip aan te vragen dat Zorg en Zekerheid de gelegenheid heeft alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zondig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.

### 30.3 Niet nakomen van verplichtingen

Wanneer de belangen van Zorg en Zekerheid worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen, heeft de verzekerde geen recht op zorg dan wel behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden.

### 30.4 Verjaring

- a. Uw rechtsovereenkomst, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd.
- b. Als Zorg en Zekerheid uw verzoek om vergoeding van zorgkosten geheel of gedeeltelijk afwijst, zal Zorg en Zekerheid u hiervan schriftelijk op de hoogte brengen. In geval van afwijzing verjaart uw rechtsovereenkomst op Zorg en Zekerheid door verloop van zes maanden na dagtekening van de schriftelijke afwijzing.
- c. Om te voorkomen dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart, moet u Zorg en Zekerheid binnen de verjaringstermijn schriftelijk mededelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsovereenkomst tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart.

## Artikel 31 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

- a. Iedere aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
- b. Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken bij verzekeringnemer terug;

- c. Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd, de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
- d. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

## Artikel 32 Onrechtmatige inschrijving

1. Indien ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen verzekeringsplicht (meer) bestaat;
2. Zorg en Zekerheid zal de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (meer) bestaat, verrekenen met de door u sindsdien voor rekening van Zorg en Zekerheid genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen.

## Artikel 33 Premie

### 31.1 Grondslag van de premie

De grondslag van de premie is de premie van een individueel verzekerde met een verplicht eigen risico en een vrijwillig gekozen eigen risico van € 0,00 en een betaling per maand. Zie voor de grondslag van de premie uw polisblad van het desbetreffende jaar.

### 33.2 Berekening van de premie

Grondslag van de premie	
Korting vrijwillig gekozen eigen risico	-
Korting collectiviteit (% van de grondslag van de premie)	-
<hr/>	
Tussenresultaat (te betalen premie)	
Korting betaaltermijnen (% tussen resultaat)	-
<hr/>	
Te betalen premie	

### 33.3 Korting op de premie voor vrijwillig gekozen eigen risico

U heeft de keuze uit een jaarlijks vrijwillig gekozen eigen risico van € 0,00, € 100,00, € 200,00, € 300,00, € 400,00 en € 500,00. Dit eigen risico geldt per individuele verzekerde van 18 jaar en ouder. Kinderen tot 18 jaar hebben bij de wet een eigen risico van € 0,00. Voor de korting met betrekking tot het eigen risico kunt u de offertemodule op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl) raadplegen.

### 33.4 Korting op de premie voor collectiviteiten

Collectiviteiten hebben de mogelijkheid tot het aanvragen van een korting. De maximale korting is 10% van de grondslag van de premie.

### 33.5 Korting op de premie voor vooruitbetaling

Bij vooruitbetaling van de premie per halfjaar of jaar krijgt u respectievelijk 1% of 2% korting over de verschuldigde premie bij het vrijwillig gekozen eigen risico.

### 33.6 Premiebetaling

- a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.
- b. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is Zorg en Zekerheid gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.
- c. Het is verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Zorg en Zekerheid te vorderen vergoeding.
- d. In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

### 33.7 Schorsing

- a. Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Zorg en Zekerheid na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.
- b. Indien Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtelijke kosten worden tenminste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd, in gebreke is.
- c. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Zorg en Zekerheid zijn ontvangen.

### 33.8 Betaling verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

- a. Met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 3 en 4 komt het eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde.
- b. Indien Zorg en Zekerheid de op grond van deze polis gedekte kosten rechtstreeks heeft vergoed aan een zorgverlener of instelling en hierop nog een eigen risico van toepassing is dan moet de verzekeringnemer/verzekerde het opgelegde eigen risico terugbetalen bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid.
- c. Indien de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:
  1. Zorg en Zekerheid kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen met de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden vanaf de 31ste dag na de aanmaning. U blijft verplicht de betaling van het opgelegde eigen risico te voldoen.
  2. Aanspraken op vergoedingen en/of verstrekkingen herleven weer op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag inclusief de kosten door Zorg en Zekerheid is ontvangen. Bij beëindiging van de verzekering zal invordering onmiddellijk plaatsvinden.
  3. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die het eigen risico verschuldigd is. De buitengerechtelijke kosten worden ten minste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die het eigen risico verschuldigd is, in gebreke is.

## Artikel 34 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

### 34.1 Kennisgeving

1. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeit zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid wordt meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
  - vervallen van de wettelijke verzekeringsplicht;
  - adreswijziging;
  - echtscheiding, einde duurzaam samenwonen of einde geregistreerd partnerschap;
  - overlijden;
  - geboorte;
  - wijziging bankrekeningnummer;
  - wijziging huisarts.

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

2. Wanneer de wijziging niet binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de wijziging pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Wanneer een geboorte niet binnen vier maanden aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de verzekering pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.

### 34.2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde

Zorg en Zekerheid benadert de verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste 4 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig gekozen eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Zorg en Zekerheid kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn, wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder vrijwillig gekozen eigen risico.

## Artikel 35 Herziening van premie of voorwaarden

1. Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of de grondslag van de premie van de bij Zorg en Zekerheid lopende verzekering en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum, doch tenminste zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer/verzekerde is meegedeeld. Zorg en Zekerheid maakt, eventueel op premienota's, de wijzigingen bekend.
2. De verzekeringnemer/verzekerde die zich met de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag niet kan verenigen, kan door opzegging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging van de verzekering schriftelijk en aangetekend bij Zorg en Zekerheid indienen binnen zes weken nadat de wijziging door Zorg en Zekerheid bekend is gemaakt. Zorg en Zekerheid beëindigt de verzekering met ingang van de datum van de wijziging met restitutie van de reeds voldane vooruitbetaalde premie.
3. Heeft Zorg en Zekerheid voor de dag van inwerkingtreding van de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag geen schriftelijk verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden.
4. De mogelijkheid tot tussentijdse opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van de voorwaarden en/of premie, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen (artikelen 11 tot en met 14 uit de Zorgverzekeringswet), daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat.

## Artikel 36 Begin en einde van de verzekering

1. a. De verzekering gaat in op de dag waarop Zorg en Zekerheid het volledig ingevulde aanvraagformulier van de verzekeringnemer heeft ontvangen;  
b. Indien Zorg en Zekerheid op basis van de gegevens op het aanvraagformulier niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een verzekering te sluiten en zij in verband daarmee nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de dag waarop de laatst bedoelde persoon de benodigde informatie heeft verschaft;  
c. Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop de plicht ontstond;

- d. Indien de zorgverzekering ingaat binnen één maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden en/of wijziging van de grondslag van de premie, met toepassing van artikel 7:940 lid 4 van het Burgerlijk Wetboek, is geëindigd door opzegging werkt deze zorgverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd;
  - e. Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop Zorg en Zekerheid het verzoek, bedoeld in lid 1a, daarvoor ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 1a of 1b, gaat de verzekering op die latere datum in.
2. De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan plaatsvinden:
    - door uzelf (verzekeringnemer). U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk opzeggen;
    - door gebruik te maken van de opzegservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
  3. Nadat Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij Zorg en Zekerheid de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst. Het voorgaande lijdt uitzondering indien Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.
  4. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat Zorg en Zekerheid niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na:
    - a. schorsing als bedoeld in artikel 33.7. Aan een beëindiging op deze grond wordt geen terugwerkende kracht verleend.
    - b. onwaarachtige weergave van feiten als bedoeld artikel 31.
  5. De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. Zorg en Zekerheid dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.
  6. De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.
  7. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop Zorg en Zekerheid tengevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden. Zorg en Zekerheid stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op deze grond eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
  8. Indien de verzekeringnemer een andere is dan de verzekerde kan de verzekeringnemer Zorg en Zekerheid schriftelijk verzoeken om beëindiging van de verzekering van de verzekerde indien de verzekerde zich intussen elders op grond van de Zorgverzekeringswet heeft verzekerd. Zorg en Zekerheid eindigt de verzekering, en wel met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand, volgend op die waarop het verzoek daartoe door Zorg en Zekerheid wordt ontvangen. De verzekeringnemer dient daartoe bewijsstukken, waaruit blijkt dat verzekerde elders op grond van de Zorgverzekeringswet is verzekerd, te overleggen.
  9. Indien het schriftelijke verzoek tot opzegging inclusief de benodigde bewijsstukken, als bedoeld in het voorgaande lid, wordt ontvangen voorafgaand aan de dag waarop de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt, wordt de verzekering bij Zorg en Zekerheid beëindigd met ingang van de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat.



## Artikel 37 Geschillen

1. Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing;
2. Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met betrekking tot de uitvoering van deze verzekering kunt u schriftelijk, binnen 8 weken nadat de beslissing aan u is meegegeeld, een klacht indienen bij:

Zorg en Zekerheid  
t.a.v. de Klachtencommissie  
Antwoordnummer 12030  
2300 VC LEIDEN

3. Indien u het niet eens bent met de beslissing die Zorg en Zekerheid heeft genomen over uw klacht of u heeft binnen 12 weken na het indienen van de klacht geen reactie ontvangen, heeft u de mogelijkheid zich te wenden tot:

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen  
t.a.v. de Ombudsman Zorgverzekeringen  
Postbus 291  
3700 AG ZEIST

4. In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de burgerlijke rechter.
5. Indien u een klacht heeft over de Zorg en Zekerheid gehanteerde formulieren kunt u deze voorleggen aan de NZa. De klacht moet betrekking hebben op formulieren die naar uw oordeel overbodig of te ingewikkeld zijn. De uitspraak van de NZa is aan te merken als een bindend advies.

NZa  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

### Slotbepaling

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen ten aanzien van deze verzekeringsovereenkomst. In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Aldus door de ledenraad vastgesteld op 22 september 2010 met ingang van 1 januari 2011.

# Rubriek F

## Waar kunt u terecht voor informatie?

Heeft u vragen dan kunt u de medewerkers van AZVZ bellen. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 17.00 uur op telefoonnummer: (020) 586 66 66. Of u kunt een bezoek brengen aan één van onze winkels. Ook op [www.scheepvaartnet.nl](http://www.scheepvaartnet.nl) vindt u veel informatie.

### *Hoe krijg ik mijn nota vergoed?*

- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen kosten op basis van de originele nota's (dus geen pinbonnen en/of kassabonnen), of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener;
- schrijf uw relatienummer/Burger Service Nummer op de originele nota en maak een kopie voor uw eigen administratie;
- stuur de originele nota's in een ongefrankeerde enveloppe aan:

AZVZ

t.a.v. de Afdeling Declaraties

Antwoordnummer 12030

2300 VC LEIDEN

- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het kalenderjaar volgend op het derde jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming te vragen; welke dat zijn kunt u terugvinden in dit boekje onder Rubriek C Omvang dekking.

### *Hoe krijg ik mijn buitenland nota vergoed?*

Bij de declaratie van in het buitenland gemaakte kosten moet u naast de originele nota ook een declaratieformulier indienen. Dit formulier is te downloaden via [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl) of verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid. De originele nota kunt u samen met het declaratieformulier gratis opsturen naar:

AZVZ

t.a.v. de Afdeling Declaraties Buitenland

Antwoordnummer 12030

2300 VC LEIDEN

### **Eén bankrekeningnummer**

Bij declaraties is het niet nodig uw rekeningnummer te vermelden. Zorg en Zekerheid gebruikt voor het uitbetalen van uw declaraties hetzelfde rekeningnummer als voor de incasso of betaling van de premies. Dit rekeningnummer staat vermeld op uw polisblad.



