



Polisvoorwaarden 2013

Zorg Zeker Polis



Basisverzekering Zorg Zeker Polis

Leeswijzer	1
Rubriek A Begripsomschrijvingen	3
Rubriek B Grondslag van de verzekering	9
Rubriek C Omvang Dekking	12
Geneeskundige zorg	12
Huisartsenzorg	12
Medisch specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)	12
Verloskundige zorg en kraamzorg	14
Revalidatie	17
Organtransplantaties	17
Dialyse	18
Mechanische beademing	18
Oncologische aandoeningen bij kinderen	19
Trombosedienst	19
Erfelijkheidsonderzoek	19
Audiologische zorg	20
IVF	20
Paramedische zorg	21
Mondzorg	24
Farmaceutische zorg	27
Hulpmiddelen	29
Ziekenvervoer	30
Buitenland	31
Geestelijke Gezondheidszorg	33
Eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ	33
Specialistische GGZ	34
Dyslexiezorg	35
Ketenzorg	36
Stoppen met Roken	36
Rubriek D Uitsluitingen	37
Rubriek E Verzekeringsvoorwaarden	38
Rubriek F Informatie	45

Leeswijzer

In deze polisvoorwaarden wordt in artikel 33.3 van de basisverzekering gesproken over de mogelijkheid van een vrijwillig eigen risico. Deze mogelijkheid bestaat niet voor AZVZ verzekerden. Dit is zo afgesproken met AZVZ.

In sommige artikelen wordt verwezen naar www.zorgenzekerheid.nl. Deze informatie is ook te lezen op www.scheepvaartnet.nl. Op de website van AZVZ (www.scheepvaartnet.nl) staan de verschillende polisvoorwaarden, reglementen en alle premie informatie voor AZVZ verzekerden.

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 verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Centrum voor medisch specialistische zorg

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

Chronische aandoening fysiotherapie en/of oefentherapie

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

Collectiviteit

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

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

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

Diagnose Behandeling Combinatie in de GGZ (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijnszorg). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt

aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29.c van het 'Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer 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', dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

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 (Griekenland), 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

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

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

Geboortecentrum

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

Gebruikelijke zorg

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

Gecontracteerde zorg

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

Geriatrische revalidatie

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

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 huidtherapeut, die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit opleidingseisen en deskundigheid huidtherapeut'.

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 Nederlandse 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:

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

Jeugdgezondheidszorgarts

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

Kaakchirurg

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

Ketenzorg

Ketenzorg is een verzamelterm voor het leveren van zorg aan een patiënt met een chronische aandoening. De zorg wordt geleverd in een samenhangend geheel door verschillende zorgaanbieders. Samen vormen zij een sluitende keten van behandeling, begeleiding, preventie, vroege opsporing en zelfmanagement. Zij maakt onderdeel uit van een zorgprogramma dat is ingericht op basis van geldende richtlijnen en standaarden en waarbij ook voor de verzekerde een actieve rol is weggelegd. Deze zorg wordt gecoördineerd door een zorggroep. Dit is een samenwerkingsverband van de betrokken zorgverleners. De zorggroep zorgt o.a. voor afstemming van de zorg, scholing van betrokken zorgverleners en is verantwoordelijk voor de naleving van de kwaliteitseisen van deze chronische zorg.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut 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.

Lichamelijke functiestoornissen

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

Logopedist

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

Marktconform tarief

Het tarief dat naar redelijkheid passend is op de Nederlandse markt in gebruikelijke marktomstandigheden. Deze tarieven vindt u op 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 revalidatie-instelling, 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).

Pedicure (medisch)

Een pedicure dient in het bezit te zijn van de aantekening 'voetverzorging bij diabetici'. Tevens dient de pedicure opgenomen te zijn in het Kwaliteits Register voor Pedicures (KRP).

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse 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, een bezoek brengen aan onze winkels of kijken op onze website www.zorgenzekerheid.nl.

Revalidatie

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

Second opinion

Het vragen van een beoordeling door een tweede, onafhankelijke arts, over een door uw arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling. De volgende voorwaarden gelden:

- de artsen moeten werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied;
- u moet met de second opinion terugkeren naar de eerste behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- er moet sprake zijn van een verwijzing voor een second opinion door de behandelaar.

Specialistische GGZ

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

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.

Verminking

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

Verzekerde

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

Verzekeringnemer

Degene 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 dat volgens de regels van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als ziekenhuis of ZBC is toegelaten.

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 verzekeringspas op vertoon waarvan de verzekerde de zorg, waar op basis van deze polis aanspraak op bestaat, kan inroepen bij een, voor zover de polis dit voorschrijft, door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling.
- 1.3 De zorg omschreven in Rubriek C (Omvang Dekking) 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.zorgzekerheid.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 aanspraak op 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.
- 1.5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 1.6 Deze polis staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.
- 1.7 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 voor verzekerden die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekerden.
- 2.2 De verzekerde moet voor de benodigde zorg als omschreven in Rubriek C (Omvang Dekking) 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.zorgzekerheid.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 (WVG) vastgestelde (maximum-) tarief;
 - b. Indien en voor zover er geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme 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 zo nodig 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 Voor de aanspraken genoemd in het voorgaande lid heeft de verzekerde naast recht op vergoeding van kosten van zorg desgevraagd recht op zorgbemiddeling.
- 2.6 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.
- 2.7 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 € 350,00 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:
- 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;
 - De directe kosten van het gebruik van zorg indien deze kosten verloskundige zorg en kraamzorg betreffen;
 - De kosten van de gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg);
 - 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 18 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 het DBC-zorgproduct en DBC GGZ 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 zoals 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 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 het DBC-zorgproduct en DBC GGZ 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 35 b.

Rubriek C Omvang Dekking

Geneeskundige zorg

Artikel 5 Huisartsenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- Geneeskundige hulp door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is (bijvoorbeeld een praktijkverpleegkundige);
- Geneeskundige hulp door de dienstenstructuur (de huisartsenpost) waarbij de huisarts is aangesloten;
- 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:

- 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 of jeugdgezondheidszorgarts, 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;
- bij hulp in een niet-gecontracteerd Zelfstandig Behandelcentrum vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het marktconforme of WMG tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening. 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.

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 zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

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-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde zorgverlener 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;
- bij hulp in een niet-gecontracteerd Zelfstandig Behandelcentrum vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het marktconforme of WMG tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

behandelingen van plastisch chirurgische aard, met inachtneming van de voorgaande leden, 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 gehemeltepleten, 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 dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC-zorgproducten waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl. Bij het verlenen van toestemming kunnen aanvullende voorwaarden gesteld worden.

Waar heb ik geen recht op?

- behandeling van verlamde of verslapte 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 huidplooien of van een zeer ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.

Sommige medisch specialistische behandelingen zijn niet verzekerd in de basisverzekering. Voor enkele behandelingen heeft Zorg en Zekerheid een vergoeding opgenomen in een aantal van haar aanvullende verzekeringen. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij Medisch Specialistische hulp.

Tevens heeft Zorg en Zekerheid voor aanvullend verzekerden kortingsafspraken gemaakt bij een aantal medisch specialistische centra. Voor meer informatie kunt u terecht op www.zorgenzekerheid.nl.

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

- bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde zorgverlener 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. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening;
- bij hulp in een niet-gecontracteerd Zelfstandig Behandelcentrum vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het marktconforme of WMG tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

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. Er dient een door de medisch specialist ondertekend indicatieformulier 'medisch specialistische verpleging in de thuissituatie' aanwezig te zijn. Met dit formulier verklaart de medisch specialist dat deze eindverantwoordelijk is.

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.

Waar heb ik geen recht op?

- verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing;
- verpleging die noodzakelijk is in verband met palliatief 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 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?

U heeft recht op een prenatale screening, de aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden. Deze screening omvat de volgende onderdelen:

- counseling (het verschaffen van informatie die het mogelijk maakt om een weloverwogen keuze te maken voor het al dan niet ondergaan van prenatale screening) door de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts of medisch specialist die de verzekerde begeleidt gedurende de zwangerschap;
- structureel echoscopisch onderzoek (seo), ook wel aangeduid als de '20 weken echo';
- combinatie-test (bestaande uit een nekplooiemeting en bloedonderzoek), welke de mogelijkheid biedt aangeboren afwijkingen vast te stellen in het eerste trimester van de zwangerschap:
 - van 36 jaar en ouder;
 - jonger dan 36 jaar die zijn verwezen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist.

In sommige van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor een combinatie-test voor vrouwen jonger dan 36 jaar. Kijk voor onze vergoedingen in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

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 of geboortecentrum

Waar heb ik recht op?

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

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

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum is zowel voor moeder en kind een eigen bijdrage verschuldigd van € 32,00 per opnamedag (€ 16,00 voor moeder en € 16,00 voor kind). De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 229,00

(€ 114,50 voor moeder en € 114,50 voor kind) per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis of geboortecentrum dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis of geboortecentrum. Indien de bevalling alsnog medisch wordt (overdracht aan de gynaecoloog tijdens de bevalling), vervalt de eigen bijdrage.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

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

In de meeste van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor deze eigen bijdrage. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Wat moet ik nog meer weten?

Indien moeder en kind samen het ziekenhuis of geboortecentrum 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?

U heeft recht op (de vrouwelijke verzekerde en haar kind) kraamzorg zoals kraamverzorgenden deze plegen te bieden, door een gediplomeerd kraamverzorgende of een O&G-verpleegkundige. 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 de verloskundige of gynaecoloog vastgesteld op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Een toelichting op dit protocol kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

Wat zijn de voorwaarden?

- u dient u aan te melden voor kraamzorg via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer: 0900 - 222 44 66) of via www.zorgenzekerheid.nl, uiterlijk 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.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor aanvullende kraamzorg. Kijk voor onze vergoedingen in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,00 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.

In de meeste van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor deze eigen bijdrage. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

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

8.1 Revalidatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op revalidatie en geriatrische revalidatie in een klinische (opname) of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) 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.

8.2 Geriatrische revalidatie

Waar heb ik recht op?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden;
- de zorg sluit aan op en gaat bij aanvang gepaard met verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden;
- de duur bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid een langere periode toestaan.

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 of marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling;
- bij hulp in een niet-gecontracteerd Zelfstandig Behandelcentrum vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het marktconforme of WMG tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

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 preserving, 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 gemoed met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland.

Welke kosten worden niet vergoed?

Niet vergoed worden de verblijfskosten in Nederland van de in het buitenland woonachtige donor, noch diens eventuele gedeerde 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 recht op:

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

- 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.

In het geval van thuisdialyse gelden, naast bovengenoemde aanspraken, ook:

- 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 of marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling;
- bij hulp in een niet-gecontracteerd Zelfstandig Behandelcentrum vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het marktconforme of WMG tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

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?

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 erfelijkheidsadvisering en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding;
- advisering 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/vergunning houdend 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 vrouwelijke verzekerde dient jonger te zijn dan drieënveertig jaar bij aanvang van de poging;
- een verzekerde die op 31 december 2012 drieënveertig jaar of ouder was en bij wie een IVF-poging uiterlijk op die datum was aangevangen, heeft recht op afronding van die poging;
- indien de vrouwelijke verzekerde jonger is dan 38 jaar wordt er maximaal één embryo teruggeplaatst bij de eerste en tweede poging;
- indien de vrouwelijke verzekerde een leeftijd heeft tussen de 38 en 42 jaar kunnen twee embryo's teruggeplaatst worden, indien dat om medische redenen aangewezen is;
- de behandeling dient plaats te vinden in een 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.

Waar heb ik 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 vanaf 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:
 - een doorgaande zwangerschap van tenminste twaalf weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie bij een spontane (fysiologische) zwangerschap;
 - 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 vergunning houdende instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief of marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling;
- bij hulp in een niet-gecontracteerd Zelfstandig Behandelcentrum vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het marktconforme of WMG tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 17 Paramedische zorg

17.1 Algemeen

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie en oefentherapie inclusief de verbijzonderingen. Paramedische zorg omvat ook dieetadvisering, ergotherapie en logopedie. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is binnen de paramedische zorg. Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zenden wij u desgevraagd toe of kunt u raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl.

17.2 Algemene voorwaarden fysiotherapie

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- in geval van oedeemtherapie/littekentherapie kan de behandeling (ook) uitgevoerd worden door een gecontracteerde huidtherapeut;
- 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);
- een chronische aandoening dient benoemd te zijn op Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding beperkt tot de behandelduur, zoals in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering is aangegeven;
- voor een chronische aandoening 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 medische noodzaak bestaat, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf aan de fysiotherapeut toestemming heeft gegeven;
- Indien u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én indien er sprake is van complicaties en/of terugval.

Waar heb ik geen recht op?

- door de fysiotherapeut in rekening gebrachte vergoeding voor handelingen verricht tijdens de zitting, zoals shockwave en dry needling, worden niet door Zorg en Zekerheid vergoed;
- door de fysiotherapeut in rekening gebrachte vergoeding voor materialen gebruikt tijdens de zitting, zoals verbandmaterialen en tape, worden niet door Zorg en Zekerheid vergoed.

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 psychosomatisch oefentherapeut of het register kinderoefentherapie van de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici;
- een chronische aandoening dient benoemd te zijn in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding beperkt tot de behandelduur, zoals in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is aangegeven;
- voor een chronische aandoening 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 medische noodzaak bestaat, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf aan de oefentherapeut toestemming heeft gegeven;
- Indien u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én indien er sprake is van complicaties en/of terugval.

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

Chronische aandoening

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op het medisch noodzakelijke aantal behandelingen, zoals aangegeven in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering, fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar.

Niet-chronische aandoening

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- maximaal 9 behandelingen reguliere fysiotherapie en/of oefentherapie per aandoening per verzekerde per kalenderjaar of op maximaal 9 zittingen kinderfysiotherapie en/ of kinderoefentherapie;
- in aansluiting op deze behandelingen bestaat er bij ontoereikend resultaat, recht op maximaal 9 extra behandelingen reguliere fysiotherapie en/of oefentherapie per aandoening per verzekerde per kalenderjaar of op maximaal 9 zittingen kinderfysiotherapie en/ of kinderoefentherapie;
- een zitting kinderfysiotherapie en/ of kinderoefentherapie gegeven door een kinderfysiotherapeut en/ of kinderoefentherapeut wordt alleen vergoed indien er sprake is van een longaandoening, een reumatische aandoening, een neurologische aandoening en een beperkt aantal orthopedische aandoeningen;
- fysiotherapeutische en/of oefentherapeutische behandelingen gegeven op school, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Zorg en Zekerheid biedt in haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij paramedische behandelingen.

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

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van € 18,00 voor een zitting. De prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed.

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

Chronische aandoening

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- het medisch noodzakelijke aantal behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar voor aandoeningen benoemd in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- de eerste 9 zittingen bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie, mits gegeven in het kader van “stepped care”.

Waar heb ik geen recht op?

De eerste 20 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie, indien er sprake is van een eerste behandelserie bij een chronische aandoening.

Zorg en Zekerheid biedt in haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij paramedische behandelingen.

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

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van € 18,00 voor een zitting. De prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed.

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.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij ergotherapie.

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?

Nee, de ergotherapeut is direct toegankelijk.

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

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde ergotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot 60% van het WMG-tarief dan wel het marktconforme bedrag. De kosten van de overige 40% van het toepasselijke WMG-tarief dan wel het marktconforme bedrag blijven voor uw rekening. De prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed.

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 van de behandeling kan er herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen worden verwacht.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de logopedist is direct toegankelijk.

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 ander taligheid);
- 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 60% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 40% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening. De prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed.

17.8 Dieetadvisering

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten tot een maximum van 3 behandeluren per verzekerde per kalenderjaar.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering voor mensen met ondervoeding of overgewicht. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij preventieve cursussen.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de diëtist is direct toegankelijk.

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 € 9,00 per kwartier. De prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed.

Artikel 18 Mondzorg

18.1 Algemene bepalingen

Waar heb ik recht op?

- mondzorg omvat de 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, tandprotheticus en mondhygiënist.

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.

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

Als u voor een volledige gebitsprothese naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het wettelijk vastgestelde tarief genoemd in artikel 18.3.b. De overige kosten blijven voor uw rekening. Kunt u de zorg niet tijdig krijgen of alleen op grote afstand van gecontracteerde zorgverleners, dan vergoeden wij het volledige gecontracteerde tarief.

Als u voor een volledige gebitsprothese of implantaten naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het gecontracteerde tarief. De overige kosten blijven voor uw rekening. Kunt u de zorg niet tijdig krijgen of alleen op grote afstand van gecontracteerde zorgverleners, dan vergoeden wij het volledige gecontracteerde tarief.

Een volledig overzicht van de gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

18.2 Mondzorg tot 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- 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 het doorbreken van de blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde meer keren per jaar op die tandheelkundige 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. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (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.

Waar heb ik geen recht op?

- kroon en brugwerk met uitzondering van de tandheelkundige zorg zoals bedoeld in artikel 18.2 onder k;
- orthodontie met uitzondering van artikel 18.4.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding mondzorg die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

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;
- ook is schriftelijke toestemming vereist indien de volledige prothese (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen.

Voor de toestemming is bij de aanvraag met een motivatie van de tandarts, kaakchirurg of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten toegevoegd.

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?

- a. U heeft recht op: 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); Voor een gecontracteerde tandarts/tandprotheticus geldt een tarief van € 1.050,00 voor een volledige boven en onder prothese. En een gecontracteerd tarief van € 550,00 voor een volledige boven- of onder prothese. Tarieven zijn voor de gehele behandeling en inclusief materiaal- en techniekkosten. Vergoedingen voor een niet gecontracteerde zorgverlener zijn lager.
- c. mondzorg in bijzondere gevallen zoals bepaald in 18.4;
- d. medisch noodzakelijk verblijf zoals bepaald in 18.5.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding mondzorg die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

1. Van de volledige prothese bedoeld in artikel 18.3 onder b wordt voor de verzekerde van 18 jaar en ouder 75% van het gecontracteerde bedrag vergoed. Reparatie en rebasen worden 100% vergoed.
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, b en c.
3. Bij de verzekerde van 18 jaar en ouder kan voor zorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 onder a, b en c een eigen bijdrage in rekening worden gebracht. Dit betekent dat voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een eigen bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor het tot gelding brengen van de aanspraak op 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 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, indien de prothese (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen;
- voor het tot gelding brengen van de 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 inclusief techniek- en materiaalkosten ten hoogste € 550,00 per onder- of bovenkaak en € 1.050,00 bij een volledige onder- en bovenprothese bedragen (met uitzondering van een immediaatprothese);
- schriftelijke toestemming is ook vereist voor mondzorg in bijzondere gevallen zoals bedoeld in artikel 18.4;
- voor alle implantologische zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener is schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig.

Voor de toestemming is bij de aanvraag met een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten toegevoegd.

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 18.3.

18.4.1 Mondzorg in bijzondere gevallen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op de 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:

- a. 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;
- b. 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;
- c. 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 tandeloze kaak

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, de daarbij behorende uitneembare prothese en de onderdelen ter bevestiging daarvan, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor alle zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgverlener is schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig.

Een volledig overzicht van de gecontracteerde zorgverleners en zorg met bijbehorende tarieven, kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

18.4.3 Orthodontie in bijzondere gevallen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op orthodontische hulp in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-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.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Ja, voor orthodontie in bijzondere gevallen is voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. Voor de toestemming is bij de aanvraag met een schriftelijke motivatie van de orthodontist of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten toegevoegd.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de behandeling orthodontie in bijzondere gevallen is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor orthodontie in het algemeen tot 18 jaar. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

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?

- U 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. Ook kunt u het Reglement opvragen via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of door een bezoek te brengen aan onze winkels.
- De prestaties farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit het ziekenhuis uitsluitend geleverd door een centrum voor medisch specialistische zorg.

Bij gecontracteerde apotheken en overige farmaceutische zorgverleners wordt de door Zorg en Zekerheid afgesproken prijs voor het geneesmiddel en tarief voor de zorg afgerekend. Deze prijzen en tarieven zijn te raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl.

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

Ten aanzien van farmaceutische zorg van een niet-gecontracteerde apotheker of apotheekhoudend huisarts of overige farmaceutische zorgverleners vindt ten aanzien van de bij de levering behorende vergoeding en toeslagen een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het vastgestelde marktconforme zorgtarief. Dit betreft alleen een kostenvergoeding voor advies en begeleiding bij de terhandstelling van een UR-geneesmiddel en/of de Instructie patiënt UR-geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel, zoals omschreven door de NZa. De prestatie medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelgebruik wordt vergoed. De overige kosten van de zorgtarieven blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme zorgtarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners is in te zien op www.zorgenzekerheid.nl en wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid. 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.

De geneesmiddelen worden maximaal vergoed tot de marktconforme prijs. De marktconforme tarieven zijn opvraagbaar bij Zorg en Zekerheid en bekend bij de apotheker of apotheehouder huisarts.

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 voornoemd 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?

- de geneesmiddelen zijn aangewezen in de Regeling Zorgverzekering en als zodanig 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) heeft gemaakt met een apotheker/apotheehouder huisarts, dient de farmaceutische hulp te zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en dient ter hand gesteld te worden onder verantwoordelijkheid van die apotheker/apotheehouder 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 uw eigen rekening (de GVS-eigen bijdrage), dit is ook van toepassing op een apothekerbereiding. 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;
- sommige geneesmiddelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking indien deze worden gefinancierd uit het ziekenhuisbudget. In het Reglement Farmacie is een lijst opgenomen met deze geneesmiddelen, deze is in te zien op www.zorgenzekerheid.nl en wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid. 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;
- Zorg en Zekerheid kan in haar Reglement nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid voor de terhandstelling van geneesmiddelen en met betrekking tot de levering van de farmaceutische zorg (in aanvulling op de Beleidsregel NZa Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg).

Waar heb ik geen recht op?

- farmaceutische zorg voor in de Regeling zorgverzekering aan gegeven gevallen;
- prestaties farmaceutische zorg, waarop geen aanspraak bestaat (de prestaties Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep, Advies farmaceutische zelfzorg, Advies gebruik UR-geneesmiddelen tijdens reis en Advies ziekterisico bij reizen, zoals omschreven in Prestatiebeschrijvingsbeschikking BR/CU-5046 van de NZa);
- 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.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij farmaceutische zorg

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 die:

- lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- lijdt aan een voedselallergie;
- lijdt aan een resorptiestoornis;
- lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziekte gerelateerde 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 of vergoeding 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. 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.

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 noodzakelijkheidverklaring 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 energiegebruik 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. 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?

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 voor zover:

- 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;
- uw gezichtsvermogen 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 kortste 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.

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.

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 € 95,00 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.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij overige.

21.6 Wijze van declareren zittend ziekenvervoer

Hoeveel wordt er vergoed?

De vergoeding voor vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,31 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 30.1 onder f.

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.

Meer informatie over zorgverzekeringen en het buitenland kunt u vinden op de website van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) www.cvz.nl.

Heb ik toestemming nodig?

Voor intramurale zorg buiten Nederland (dat is opnemings 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 invoeren 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%, 75% resp. 60 % van het Nederlandse marktconforme of WMG tarief, de overige kosten van het Nederlandse marktconforme of WMG tarief blijven voor uw eigen rekening. 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 zekerheidsverordening 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 invoeren 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 invoeren 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 zekerheidsverordening 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 voor zover:

- a. er sprake is van wachttijstbemiddeling 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. 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 vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar;
- de verzekerde betaalt een eigen bijdrage van € 20,00 per zitting voor eerstelijns psychologische zorg;
- de verzekerde betaalt een eigen bijdrage van € 50,00 voor een internetbehandeltraject;
- de verzekerde betaalt een eigen bijdrage van maximaal € 100 in het geval van een behandeltraject bestaande uit een internetbehandeltraject gecombineerd met face-to-face behandelcontacten.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij psychologische zorg.

Waar heb ik geen recht op?

De zorg omvat niet:

- de specialistische zorg bedoeld in artikel 24;
- een intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen;
- orthopedagogische zorg;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen.

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 60% van het marktconforme tarief na aftrek van de eigen bijdrage. De kosten van de overige 40% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening. 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;
- een psychiater of zenuwarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

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 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;
- specialistische psychiatrische behandeling 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.

Waar heb ik geen recht op?

- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen.

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 60% 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;
- specialistische GGZ in de huispraktijk van de 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.

Waar heb ik geen recht op?

- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen.

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

Bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die een Nederlands wettelijk tarief hanteert 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 60% 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, tien, elf of twaalf 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).

Zorg en Zekerheid biedt in sommige aanvullende verzekeringen een vergoeding voor dyslexie zorg die niet wordt vergoed uit de basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij psychologische zorg.

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. Ook het genoemde Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (L. Blomert 2006) is te vinden op deze website.

Artikel 26 Ketenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op multidisciplinaire gecoördineerde zorg ook wel ketenzorg genoemd, indien u een specifieke chronische aandoening heeft. 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.

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

Bij hulp voor ketenzorg van een niet-gecontracteerde zorggroep 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 27 Stoppen met Roken

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op één stoppen met roken programma per kalenderjaar. 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 één keer per kalenderjaar.

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

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt geen vergoeding van het in rekening gebrachte plaats.

Rubriek D Uitsluitingen

Artikel 28 Uitsluitingen

28.1 Specifieke uitsluitingen

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 beroepsuitoefeningen;
- 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 Algemene uitsluitingen

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 muiterij, 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 muiterij.

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 Herverzekeringsmaatschappij 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 en 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.

28.3 Overige uitsluitingen

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 Verzekeringsvoorwaarden

29.1 Algemeen

Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polis omschreven: in voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op vergoeding van de kosten van 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 3.4.

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 en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing;
- b. 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;
- c. In het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert Zorg en Zekerheid, conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen, een Incidentenregister en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting CIS in Den Haag.

Artikel 30 Verplichtingen verzekerde/verzekeringnemer

30.1 Algemene verplichtingen

De verzekerde/verzekeringnemer is verplicht:

- a. Bij het invoeren 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 verzekeraar 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 toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Indien de nota's later worden ingediend dan hierboven vermeld is 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;

- 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 zonodig 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 rechtsvordering, 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 rechtsvordering 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 rechtsvordering 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 wordt gefraudeerd dan wel 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 handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;
- c. Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a., 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;
- e. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer registreren in het Extern Verwijzingsregister en wordt aangifte gedaan bij de politie.

Artikel 32 Onrechtmatige inschrijving

- a. 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;
- b. 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

33.1 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)	-
<u>Tussenresultaat (te betalen premie)</u>	
<u>Korting betaaltermijnen (% tussen resultaat)</u>	-
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 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 3% korting over de verschuldigde premie bij het vrijwillig gekozen eigen risico.

33.6 Premiebetaling

- 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;
- 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;
- Het is verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Zorg en Zekerheid te vorderen vergoeding;
- 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 Betalingsachterstand

- 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;
- Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling (artikel 18a.1 Zvw). Het aanbod bestaat in ieder geval uit de in artikel 18a, tweede lid, Zvw opgenomen elementen (artikel 18a.2 Zvw);
- Zo spoedig mogelijk nadat de premieachterstand vier maandpremies is gaan bedragen (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) deelt Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer en de verzekerde mede dat zij voornemens is over te gaan tot melding, zoals bedoeld in artikel 18a. Zvw, zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde met uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte er van te betwisten (artikel 18b.1 Zvw);
- Indien Zorg en Zekerheid haar standpunt op de betwisting handhaaft, kan de verzekerde of verzekeringnemer binnen een termijn van vier weken na ontvangst van die mededeling een geschil hierover voorleggen aan een onafhankelijke instantie op grond van artikel 114 Zvw of de burgerlijke rechter (artikel 18b.2 Zvw). Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18b, derde lid, Zvw);
- Indien een premieachterstand (zonder incassokosten en rente) is ontstaan van zes maanden meldt Zorg en Zekerheid dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het CVZ, de verzekeringnemer en de verzekerde (artikel 18c.1 Zvw). De melding geschiedt niet indien:
 - de premieachterstand tijdig is betwist en de zorgverzekeraar zijn standpunt nog niet aan de verzekeringnemer kenbaar heeft gemaakt;
 - gedurende de in artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn;
 - in geval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;

- indien de verzekeringnemer zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en aantoonst dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten (Zie artikel 18c, tweede lid, Zvw).
- Zorg en Zekerheid stelt het CVZ, de verzekeringnemer en de verzekerde onverwijld op de hoogte van de datum waarop:
 1. De uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan;
 2. De schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, als bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 3. Door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, tenminste zijn zorgverzekeraar deelneemt (artikel 18d.3 Zvw);
- f. 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;
- g. 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

- a. 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 rekeningnummer;
 - wijziging huisarts.

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

- b. 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. De verzekerde is echter geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand waarin verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt, zie art. 1.7.

Artikel 35 Herziening van premie of voorwaarden

- a. 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;
- b. 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;
- c. 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;
- d. 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

- a. Begin van de verzekering
 1. De verzekering gaat in op de dag waarop Zorg en Zekerheid het volledig ingevulde aanvraagformulier van de verzekeringnemer heeft ontvangen;
 2. 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;
 4. Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zondig in afwijking van artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop de plicht ontstond;
 5. 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;
 6. Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop Zorg en Zekerheid het verzoek, bedoeld in lid 1 a, 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 1 a of 1 b, gaat de verzekering op die latere datum in.
- b. 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:
 1. door uzelf (verzekeringnemer). U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk opzeggen;
 2. 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.
- c. 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.

- d. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat Zorg en Zekerheid niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na:
 - 1. schorsing van de dekking als bedoeld in artikel 33.7. Aan een beëindiging op deze grond wordt geen terugwerkende kracht verleend;
 - 2. onwaarachtige weergave van feiten als bedoeld in artikel 31.
- e. 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;
- f. De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt. U dient dit zelf aan te geven;
- g. 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.
- h. 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.
- i. 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.
- j. Indien de verzekerde op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet is verzekerd kan deze de zorgverzekering gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CVZ hem daarvan mededeling heeft gedaan, vernietigen indien de verzekerde aan het CVZ en de zorgverzekeraar aantoonde in de periode bedoeld in artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet reeds bij een andere zorgverzekeraar verzekerd is.
- k. In afwijking van artikel 931 boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is Zorg en Zekerheid bevoegd een met Zorg en Zekerheid gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat degene die het CVZ bij Zorg en Zekerheid verzekerde op dat moment niet verzekeringsplichtig was.
- l. Zo nodig in afwijking van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet kan, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, een verzekeringnemer een zorgverzekering als bedoeld in het eerste lid van artikel 9d van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

Artikel 37 Geschillen

- a. Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing;
- b. 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 meegedeeld, een klacht indienen bij:

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

- c. 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

- d. In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de burgerlijke rechter.

- e. 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 9 november 2012 met ingang van 1 januari 2013.

Rubriek F Informatie

Heeft u vragen dan kunt u de medewerkers van ons Contact Center bellen. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer: (071) 5 825 825. Of u kunt een bezoek brengen aan één van onze winkels. Ook op www.zorgenzekerheid.nl vindt u veel informatie.

MijnZZ

Verzekerden van Zorg en Zekerheid hebben toegang tot mijnZZ. Via mijnZZ is het mogelijk ingediende declaraties, eigen risico, persoonlijke gegevens en polis gegevens te raadplegen. Bovendien kunt u via mijnZZ een aantal gegevens online wijzigen. Via www.zorgenzekerheid.nl maakt u gemakkelijk een mijnZZ account aan met een eigen gebruikersnaam en wachtwoord.

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 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:

Zorg en Zekerheid
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 deze polisvoorwaarden onder Rubriek C Omvang dekking.

Hoe krijg ik mijn buitenland nota vergoed?

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

Zorg en Zekerheid
t.a.v. de Afdeling Declaraties Buitenland
Antwoordnummer 12030
2300 VC LEIDEN

Eén rekeningnummer

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

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



450-003/1301