

**Gewijzigde voorwaarden  
SIZ Standaardverzekering en SIZ Aanvullende Verzekering  
per 1 januari 2008**

# SIZ Standaardverzekering

In de verzekeringsvoorwaarden van de SIZ Standaardverzekering zijn de onderstaande inhoudelijke onderdelen toegevoegd of gewijzigd ten opzichte van 2007.

Als in deze Gewijzigde voorwaarden SIZ Standaardverzekering en SIZ Aanvullende Verzekering wordt gesproken over de SIZ Standaardverzekering wordt zowel de SIZ Standaardverzekering variant Natura als de SIZ Standaardverzekering variant Restitutie bedoeld. Waar in de SIZ Standaardverzekering variant Natura sprake is van aanspraak op zorg geldt voor de SIZ Standaardverzekering variant Restitutie aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg. De wijziging in artikel 12.4 is niet van toepassing op de SIZ Standaardverzekering variant Restitutie.

## Artikel 1 Begripsomschrijvingen

**Apotheekhoudend huisarts:** een huisarts aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

**Apotheker:** degene die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid, van de Geneesmiddelenwet.

**Audiologisch centrum:** een instelling die als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI).

**Bureau Jeugdzorg:** een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

**Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

**Eerstelijnspsycholoog:** een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

**Eigen risico:**

1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zvw, dat voor rekening van de verzekerde blijft;
2. vrijwillig eigen risico: een door de verzekeringnemer met de maatschappij als onderdeel van de SIZ Standaardverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zvw, dat de verzekerde voor zijn rekening zal nemen.

**Fraude:** het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

**Gezondheidszorgpsycholoog:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

**GGZ:** Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg.

**GGZ-instellingen:** instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI).

**Huidtherapeut:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel huidtherapeut.

**Huisarts:** een arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

**Jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register van de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

**Jeugdpsycholoog:** degene die als jeugdpsycholoog is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

**Kinderpsycholoog:** degene die als kinderpsycholoog is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

**Klinisch psycholoog:** een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

**Medisch specialist:** een arts die als medisch specialist is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

**Mondhygiënist:** degene die op grond van artikel 14 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel mondhygiënist.

**Orthopedagoog-Generalist:** degene die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

**Psychiater/zenuwarts:** een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het Specialistenregister, ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

**Psychotherapeut:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

**Wmg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

**Zorghotel:** een hotel dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen deze stelt aan een instelling.

## Artikel 2.5 Fraude

Dit artikel wordt als volgt gewijzigd:

Als de maatschappij fraude constateert heeft dit tot gevolg dat elke uit deze verzekering voortvloeiende aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vervalt, waaronder ook aanspraken waarbij geen fraude is geconstateerd.

Geconstateerde fraude kan ook tot gevolg hebben dat de maatschappij:

- aangifte doet bij de politie;
- de verzekering(en) beëindigt en gedurende een periode van 5 jaar weigert nieuwe verzekeringsovereenkomsten te sluiten. Dit geldt ook voor bij de maatschappij lopende aanvullende verzekeringen;
- registratie doet in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- al uitgekeerde vergoedingen terugvordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde;
- (onderzoeks)kosten vordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde, waarbij de onderzoekskosten worden berekend overeenkomstig de berekeningswijze zoals neergelegd in het Besluit vaststelling onderzoekskosten SIZ. Dit besluit wordt op verzoek kosteloos toegezonden.

## Artikel 2.6.1

Verwijzing naar “ de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf” wordt aangepast in “ de Wet op het financieel toezicht”.

## (NIEUW) Artikel 2.10 Bedenkperiode

Dit artikel wordt nieuw ingevoegd:

De verzekeringnemer kan bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen 14 dagen na aangaan van de verzekering zonder opgaaf van redenen schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

## Artikel 3.7 Niet tijdig betalen

Dit artikel wordt als volgt gewijzigd:

- 3.7.1. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kan de maatschappij de dekking schorsen en/of de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van ten minste 14 dagen. De verzekering wordt niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.7.2. Ingeval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op verzekerde prestaties vanaf de laatste premie-vervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgende op de dag waarop het gehele verschuldigde bedrag en eventuele kosten als bedoeld in lid 3.7.3 door de maatschappij zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- 3.7.3. Als na aanmaning niet binnen de gestelde termijn wordt betaald kan de maatschappij administratiekosten, invorderingskosten (zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk) en wettelijke rente aan de verzekeringnemer in rekening brengen.
- 3.7.4. Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk gedaan.
- 3.7.5. De maatschappij kan achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 3.7.3 verrekenen met schadekosten die de verzekerde bij hem heeft gedeclareerd dan wel met andere van de maatschappij te ontvangen bedragen.
- 3.7.6. Als de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd kan de maatschappij gedurende een periode van 5 jaar weigeren een nieuwe verzekeringsovereenkomst met de verzekeringnemer te sluiten.

## Artikel 4.1 Verplichting

Tekst achter de eerste gedachtestreep wordt als volgt aangepast:

- de behandelend huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg te vragen de reden van opname desgevraagd bekend te maken aan de medisch adviseur van de maatschappij;

## Artikel 5.1 Wijziging voorwaarden

Dit artikel wordt als volgt gewijzigd:

De maatschappij heeft het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de bij haar lopende zorgverzekeringen te wijzigen. De maatschappij doet van de voorgenomen wijziging mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere SIZ Standaardverzekering op een door de maatschappij vast te stellen datum.

Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

## Artikel 6.3 Opzegging door de verzekeringnemer

Aan dit artikel wordt toegevoegd:

- 6.3.2. De opzeggingsmogelijkheden zoals opgenomen in lid 6.3.1 gelden niet nadat de maatschappij de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan. Deze uitzondering geldt niet als de maatschappij:
  - de dekking van de SIZ Standaardverzekering heeft geschorst (zie artikel 3.7), of;
  - binnen twee weken aan de verzekeringnemer te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

## Artikel 7 No-claim is komen te vervallen. Dit artikel wordt vervangen door:

### Artikel 7 Verplicht eigen risico

- 7.1. Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 150,- per kalenderjaar. Voor een verzekerde die in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplichte eigen risico vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.
- 7.2. De kosten van huisartsenzorg, zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed, hulpmiddelen in bruikleen, eigen bijdragen of eigen betalingen op grond van de zorgverzekering vallen niet onder het verplicht eigen risico. Ook de tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 22 jaar zoals beschreven in artikel 29.1, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen, valt buiten het verplicht eigen risico.  
De vrijstelling van huisartsenzorg en verloskundige zorg geldt alleen voor de behandelingen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist. Deze vrijstelling geldt niet voor de zorg die wordt voorgeschreven, zoals geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek.
- 7.3. Het bedrag van het verplicht eigen risico, genoemd in lid 7.1, wordt jaarlijks geïndexeerd volgens het bepaalde in de Zvw.
- 7.4. Als de SIZ Standaardverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar

waarover de SIZ Standaardverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. Dit berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

- 7.5. Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen. De kosten van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

## Artikel 8 Eigen risico

De term eigen risico wordt in dit artikel vervangen door vrijwillig eigen risico.

Daarnaast wordt de tekst van artikel 8.1 en 8.5 als volgt aangepast:

- 8.1. Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico, worden de kosten van zorg in mindering gebracht op het voor de verzekerde in een bepaald kalenderjaar geldend vrijwillig eigen risico voorzover deze kosten van zorg het bedrag van het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 7, hebben overschreden. Het vrijwillig eigen risico is niet van toepassing op de kosten van zorg die ook uitgesloten zijn van het verplicht eigen risico. Zie artikel 7.2.
- 8.5. De verzekerde heeft jaarlijks, per 1 januari, het recht het vrijwillig eigen risicobedrag te wijzigen, op voorwaarde dat de wens daartoe uiterlijk 31 december daaraan voorafgaand schriftelijk aan de maatschappij wordt doorgegeven.

## Artikel 9 Buitenland

Dit artikel wordt als volgt gewijzigd:

- 9.1. Verzekerde woonachtig in Nederland  
De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;
  - zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de maatschappij is gecontracteerd;
  - vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;
  - vergoeding van de kosten van onvoorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
- 9.2. Verzekerde woonachtig in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland  
De verzekerde die woont in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;

- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de maatschappij is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Dit artikel is ook van toepassing bij tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland.

- 9.3. Verzekerde woonachtig in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

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

- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de maatschappij is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Dit artikel is ook van toepassing bij tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland.

- 9.4. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen geldt dat bij het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde voorafgaande toestemming van de maatschappij nodig heeft. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg gepaard gaande met verblijf van ten minste één nacht. Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

Voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de SIZ Alarmcentrale, telefoonnummer: 050-526 79 99 (+31 (0)50 526 79 99). SIZ adviseert de verzekerde om de SIZ Alarmcentrale in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

- 9.5. Verwijzing en/of machtigingsvereiste

Als bij bepaalde vormen van zorg, naast de voorafgaande toestemming voor het invoeren van zorg zoals aangegeven in artikel 9.4, nog specifiek een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 12.7).

## Artikel 10 Uitsluitingen

In artikel 10.6 wordt de verwijzing naar "artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf" aangepast in "artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht".

## Artikel 11 Klachten en geschillen

Dit artikel wordt als volgt gewijzigd:

- 11.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van de SIZ Standaardverzekering
- 11.1.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van de SIZ Standaardverzekering kunnen aan de maatschappij worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 541, 2600 AM Delft. Het is ook mo-

gelijk een klacht in te dienen via onze website [www.siz.nl](http://www.siz.nl). De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

11.1.2. Er is sprake van een geschil als er een verschil van inzicht is naar aanleiding van een door de maatschappij genomen, en na heroverweging gehandhaafd besluit over de uitvoering van een overeenkomst van de SIZ Standaardverzekering, waardoor de verzekeringnemer of verzekerde in zijn belang wordt getroffen. In alle overige gevallen is sprake van een klacht.

11.1.3. De maatschappij bepaalt haar definitieve standpunt of heroverweegt haar oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde is of als de maatschappij niet binnen een termijn van 30 dagen reageert, kan de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl). Het is in dit geval ook mogelijk dat de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorlegt aan de daartoe bevoegde rechter.

11.2. Klachten over formulieren van de maatschappij

11.2.1. Klachten over door de maatschappij gehanteerde formulieren kunnen aan de maatschappij worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 541, 2600 AM Delft. Het is ook mogelijk een klachtenformulier te downloaden via [www.siz.nl](http://www.siz.nl).

11.2.2. Klachten zoals genoemd onder lid 11.2.1 kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de maatschappij en de maatschappij haar definitieve standpunt daarover kenbaar heeft gemaakt of binnen een termijn van 30 dagen na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: [informatielijn@nza.nl](mailto:informatielijn@nza.nl). Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de verzekeringnemer of verzekerde overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de verzekeringnemer, verzekerde, zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar tot bindend advies. Op de website van de NZa, [www.nza.nl](http://www.nza.nl), is aangegeven op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

## Artikel 12 Verzekerde prestaties

Artikel 12.4 wordt als volgt aangepast:

Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de maatschappij geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de maatschappij en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkoop-tarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2008 gelijk aan het geldende Wmg-tarief. Uitzonderingen:

1. de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2008, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de maatschappij en de betreffende zorgaanbieders:
  - Huisartsenzorg (artikel 13);
  - Verloskundige zorg (artikel 14) die geleverd wordt door een huisarts;
  - Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (artikel 22,

23 en 24) die geleverd wordt door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist, klinisch psycholoog, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut die verbonden is aan een ziekenhuis of psychiatrisch ziekenhuis;

- Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 22 jaar en ouder (artikel 29.3) die geleverd wordt door een kaakchirurg die verbonden is aan een ziekenhuis;
2. de kosten van Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (artikel 22, 23 en 24) die geleverd wordt door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist, klinisch psycholoog, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut die niet verbonden is aan een ziekenhuis of psychiatrisch ziekenhuis worden vergoed tot ten hoogste 60% van de gemiddelde tarieven 2008, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de maatschappij en de betreffende zorgaanbieders. Deze uitzondering is ook van toepassing als de betreffende zorg wordt verleend door een GGZ-instelling waarmee de maatschappij geen overeenkomst heeft gesloten.

De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie SIZ 2008. Het Reglement restitutie SIZ 2008 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [www.siz.nl](http://www.siz.nl).

De kosten worden vergoed als de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele, krachtens wet vastgestelde eigen bijdrage in mindering gebracht.

In artikel 12.6 wordt de passage "... het met de verzekeringnemer overeengekomen eigen risico ..." wordt gewijzigd in "... een eigen risico ...".

In artikel 12.7. wordt de term "spoedeisende" gewijzigd in "medisch noodzakelijke".

## Artikel 14. Verloskundige zorg

In dit artikel wordt achter "Omschrijving" de laatste zin als volgt gewijzigd:

Deze zorg omvat ook:

- voor alle zwangere vrouwen de counseling. In de counseling wordt informatie gegeven over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, om zo weloverwogen een besluit te nemen om al of niet deze screening te ondergaan. Het gaat dan met name om het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) en om de combinatietest;
- voor alle zwangeren het structurele echoscopische onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap;
- voor alle zwangere vrouwen van 36 jaar en ouder de combinatietest (nekplooiemeting en serumtest);
- voor zwangere vrouwen jonger dan 36 jaar de combinatietest als er een medische indicatie bestaat.

In het artikel wordt achter "Door" toegevoegd:

Het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) en de combinatietest mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder die een vergunning heeft of een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat over een vergunning beschikt krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren. In de meeste gevallen vindt de counseling plaats door de verloskundige, huisarts of medisch specialist die de verloskundige zorg biedt.

## Artikel 19. Audiologische zorg

In dit artikel vervalt achter "Omschrijving" bij het laatste opsomningsstreepje "tot zeven jaar".

## Artikel 20. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

In dit artikel wordt achter "Omschrijving" na punt 5 het volgende punt toegevoegd:

6. abdominoplastieken als er sprake is van een vermindering die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooiën of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid.

## (NIEUW) Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

### Artikel Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ

Dit artikel wordt nieuw ingevoegd:

Omschrijving:

eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot ten hoogste acht zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Door:

Gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog en klinisch psycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.

De zorg kan plaatsvinden in een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

Eigen bijdrage:

€ 10,- per zitting volgens de Regeling zorgverzekering.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Bijzonderheden:

1. de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [www.siz.nl](http://www.siz.nl);
2. voor de berekening van het aantal zittingen geldt het volgende:
  - een individueel eerstelijnspsychologisch consult wordt gerekend als een hele zitting;
  - een individueel kort eerstelijnspsychologische consult wordt gerekend als een halve zitting;
  - een telefonisch of e-mail consult wordt gerekend als een kwart zitting;
  - een consult relatietherapie telt als een hele zitting per partner;
  - een consult gezinstherapie éénouder telt als een hele zitting voor de ouder;
  - een dubbel consult gezinstherapie éénouder telt als twee zittingen voor de ouder;
  - een consult gezinstherapie tweouder telt als een halve zitting per ouder;
  - een dubbelconsult gezinstherapie tweouder telt als een hele zitting per ouder;

- een consult groepstherapie van 4 tot en met 8 personen telt als een kwart zitting per deelnemer van de groep;
  - een consult groepstherapie van 9 tot en met 12 personen telt als een vijfde zitting per deelnemer van de groep;
3. psychologisch onderzoek, diagnostiek en behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen vallen niet onder deze aanspraak, zie artikel 23, Specialistische GGZ.

## (NIEUW) Artikel Specialistische GGZ

Dit artikel wordt nieuw ingevoegd:

Omschrijving:

zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Door:

psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.

De zorg kan plaatsvinden in een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

Eigen bijdrage:

volgens de Regeling zorgverzekering is de volgende eigen bijdrage vastgesteld:

1. voor individuele, groeps- of gezinspsychotherapie geldt een eigen bijdrage van € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de eigen bijdrage en het maximum gelden per gezin;
2. voor partnerrelatietherapie is een eigen bijdrage verschuldigd van € 7,80 per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 351,- per verzekerde per kalenderjaar;
3. de eigen bijdrage is niet verschuldigd, als de verzekerde een eigen bijdrage volgens artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is verschuldigd.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Bijzonderheden:

de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [www.siz.nl](http://www.siz.nl).

## (NIEUW) Artikel Persoonsgebonden budget GGZ

Dit artikel wordt nieuw ingevoegd:

Omschrijving:

voor de zorg zoals opgenomen in artikel 22 en 23, die gericht is op herstel van een psychische aandoening kan desgevraagd aanspraak worden gemaakt op een persoonsgebonden budget, met inachtneming van de voorwaarden zoals opgenomen in het Reglement persoonsgebonden budget GGZ SIZ 2008. Dit persoonsgebonden budget GGZ komt in de plaats van de aanspraak op zorg. Er bestaat geen aanspraak op een persoonsgebonden budget GGZ als de betreffende zorg wordt verleend ten tijde van het verblijf als bedoeld in artikel 34, Verblijf.

Eigen bijdrage:

afhankelijk van de aard van de zorg is een eigen bijdrage verschul-

digd. De hoogte van de geldende eigen bijdragen is opgenomen in artikel 22 en 23.

Verwijzing door:

afhankelijk van de aard van de zorg gelden dezelfde verwijzings-eisen zoals opgenomen in artikel 22 en 23.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend huisarts, psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut waarin ten minste is aangegeven of verwijzing plaatsvindt voor eerstelijnspsychologische zorg of specialistische GGZ.

Bijzonderheden:

1. het Reglement persoonsgebonden budget GGZ SIZ 2008 is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [www.siz.nl](http://www.siz.nl);
2. een verzekerde die op 31 december 2007 aanspraak had op een persoonsgebonden budget op grond van de AWBZ, behoudt die aanspraak ten hoogste tot en met 31 december 2008. Dit geldt uitsluitend voor de duur van de indicatie, op grond waarvan het budget op grond van de AWBZ is toegekend;
3. als de zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten, dan is een aanvraag voor een PGB GGZ niet aan de orde. De verzekerde kan in dat geval gebruik maken van de zorg zoals opgenomen in artikel 22 en 23.

## Artikel 26. Tandheelkundige zorg

De leeftijdsgrens in de hieronder opgenomen artikelen wordt gewijzigd van 18 naar 22 jaar.

### Artikel 26.1 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar

In het artikel wordt achter "Door" de tekst gewijzigd in: tandarts of kaakchirurg. Als de aangegeven zorg behoort tot het deskundigheidsgebied van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een mondhygiënist of tandprotheticus.

## Artikel 27. Prothetische voorzieningen

De leeftijdsgrens in dit artikel wordt gewijzigd van 18 naar 22 jaar. In het artikel wordt achter "Door" de tekst gewijzigd in: tandarts of kaakchirurg. Als dit behoort tot zijn deskundigheidsgebied, mag de prothetische voorziening ook worden geleverd door een tandprotheticus.

Daarnaast wordt toegevoegd aan dit artikel:

Machtiging:

nee, tenzij:

1. de totale kosten van de prothetische voorziening, vervaardigd en geplaatst door:
  - 1.1. een tandarts of kaakchirurg, inclusief techniekkosten, meer dan € 600,- per boven- of onderprothese bedragen, dan wel € 1.000,- voor boven- en onderkaak gelijktijdig;
  - 1.2. een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 450,- per boven- of onderprothese bedragen, dan wel € 850,- voor boven- en onderkaak gelijktijdig;
2. de volledige vervangingsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen.

## Artikel 28. Geneesmiddelen

In dit artikel wordt de term "Wet op de Geneesmiddelenvoorziening" gewijzigd in "Geneesmiddelenwet". De term "geleverd door" en "leveren" wordt gewijzigd in "ter hand gesteld door" en "ter hand stellen".

Achter "Omschrijving" punt b wordt de tekst gewijzigd in:

b. andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8, eerste lid, onder b van het Besluit zorgverzekering.

De tekst achter "Machtiging" wordt gewijzigd in:

zoals bepaald in het Reglement farmaceutische zorg SIZ 2008.

Onder "Bijzonderheden" punt 1, wordt achter de tweede regel de volgende tekst ingevoegd:

In dat geval kan de verzekerde aanspraak maken op een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel.

De tekst onder "Bijzonderheden" punt 4 wordt als volgt aangepast:

4. farmaceutische zorg omvat geen:

- 4.1. farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- 4.2. geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
- 4.3. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- 4.4. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- 4.5. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

## Artikel 29. Dieetpreparaten

In dit artikel wordt de term "Wet op de Geneesmiddelenvoorziening" gewijzigd in "Geneesmiddelenwet". De term "geleverd door" en "leveren" wordt gewijzigd in "ter hand gesteld door" en "ter hand stellen".

## Artikel 31. Verblijf

In dit artikel wordt achter "Omschrijving" de tekst gewijzigd in: medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen in een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, revalidatie-instelling of zorghotel, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. De medische noodzaak wordt vastgesteld door de verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg.

## Artikel 32 Kraamzorg

In dit artikel wordt onder "Bijzonderheden" punt 1 de term "Landelijke Indicatie Protocol van Zorgverzekeraars Nederland" aangepast in "Landelijke Indicatieprotocol Kraamzorg". Het aantal dagen genoemd onder "Bijzonderheden" punt 2 wordt gewijzigd in 10.

## Artikel 35. Zorg- en Wachtlijstbemiddeling

In dit artikel wordt de naam van de afdeling Wachtlijstbemiddeling gewijzigd in Zorgbemiddeling.

Aan het artikel wordt toegevoegd:

De verzekerde kan ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg.

## SIZ Aanvullende Verzekering

In de verzekeringsvoorwaarden van de SIZ Aanvullende Verzekering zijn de onderstaande inhoudelijke onderdelen toegevoegd of gewijzigd ten opzichte van 2007.

## Artikel Begripsomschrijvingen

Behalve de al eerder genoemde wijzigingen in artikel 1 van de SIZ Standaardverzekering zijn de volgende begrippen gewijzigd of toegevoegd:

**Manueel therapeut:** of degene die als manueel therapeut E.S.® is aangesloten bij de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).

**Pedicure met aantekening 'diabetesvoet':** een pedicure die in het bezit is van een geldig certificaat Voetverzorging bij Diabetici van het Kennis- en Ontwikkelingscentrum Uiterlijke Verzorging (KOC) of Diabetische Voet van de Nederlandse Organisatie Huid en Voetverzorging (NOHV).

**Verblijf:** verblijf met een duur van 24 uur of langer.

**Werkgever:** het bedrijf of de instelling zoals bedoeld in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.

**Werknemer:** degene zoals bedoeld in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.

**Zelfstandig behandelcentrum:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) en waarmee de maatschappij voor bepaalde vormen van zorg een overeenkomst heeft gesloten. Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.

### Artikel Grondslag

De laatste zin van de eerste alinea wordt als volgt gewijzigd: Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende pakketten van de SIZ Aanvullende Verzekering:

Budget;  
Accent;  
Plus;  
Actief.

### Artikel Fraude

Dit artikel wordt op dezelfde manier gewijzigd als het eerder genoemde artikel 2.5 van de SIZ Standaardverzekering.

### Artikel Bedenkperiode

Dit artikel wordt op dezelfde manier ingevoegd als het eerder genoemde artikel 2.10 van de SIZ Standaardverzekering.

### Artikel Verschuldigdheid

Aan dit artikel wordt toegevoegd:  
Tot de verzekerde de leeftijd van 22 jaar bereikt geldt een lagere premie. De hogere premie gaat in op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 22 jaar heeft bereikt.

### Artikel Niet tijdig betalen

Dit artikel wordt op dezelfde manier gewijzigd als het eerder genoemde artikel 3.7 van de SIZ Standaardverzekering.

### Artikel Opzeggingsrecht

De laatste zin wordt als volgt gewijzigd:  
Dit opzeggingsrecht heeft de verzekeringnemer echter niet, als:  
- een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen;  
- een verhoging van de premie rechtstreeks voortvloeit uit het bereiken van de leeftijd van 22 jaar door de verzekerde aan wiens leeftijd de premie gekoppeld is.

### Artikel Wijziging verzekering

De verzekeringnemer kan een pakket steeds per 1 januari wijzigen in een ander pakket. De verzekeringnemer dient de wijziging uiterlijk 31 december door te geven aan de maatschappij.

De in de artikelen genoemde termijnen van de vergoedingen lopen door.

### Artikel Einde van rechtswege

lid 3 wordt nieuw toegevoegd:  
6.3.3. De SIZ Aanvullende Verzekering Actief eindigt op het moment waarop deelname aan de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering niet meer mogelijk is.

### Artikel Uitsluitingen

Dit artikel wordt gewijzigd in:  
waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening als de verzekering bij de maatschappij niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken. De maatschappij hanteert het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekering. Zie [www.siz.nl](http://www.siz.nl);

### Artikel Klachten

Dit artikel wordt op dezelfde manier gewijzigd als het eerder genoemde artikel 11 van de SIZ Standaardverzekering.

### Artikel Circumcisie

De tekst achter "Omschrijving" wordt vervangen door:  
medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis) in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum, besnijdeniscentrum of huisartsenpraktijk.  
De tekst achter "Machtiging" wordt vervangen door:  
ja, met toelichting van de behandelend uroloog of huisarts.

### Artikel Sterilisatie

De tekst achter "Omschrijving" wordt vervangen door:  
sterilisatie in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of huisartsenpraktijk.  
De tekst achter "Door" wordt vervangen door:  
medisch specialist of als het een vasectomie (sterilisatie van de man) betreft: huisarts met wie de maatschappij daartoe afspraken heeft gemaakt.

### Artikel Correctie oorschelpen (kinderen)

De tekst achter "Omschrijving" wordt vervangen door:  
behandeling van plastisch-chirurgische aard in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar.

### Artikel Plastische chirurgie (overig)

De eerste zin achter "Omschrijving" wordt vervangen door:  
behandeling van plastisch-chirurgische aard in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.  
Verder wordt onder punt 1 "vanaf 18 jaar" vervangen door "tot 18 jaar".

### Artikel Plastische chirurgie (bijzondere medische omstandigheden)

De eerste zin achter "Omschrijving" wordt vervangen door:  
behandeling van plastisch-chirurgische aard in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

### Artikel Alternatieve zorg

De vergoedingen onder A, B en C worden voor Budget, Accent en Plus gewijzigd in:  
€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar



## **Artikel Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck**

In beide subartikelen wordt boven het kopje "Bijzonderheden" de volgende tekst ingevoegd:

De maatschappij heeft met tien ketens van fysiotherapiepraktijken speciale afspraken gemaakt. Dit zijn de voorkeursaanbieders van de maatschappij. Naast de gewone behandelingen bieden zij ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen zoals diabetes, obesitas, COPD. Voor meer informatie zie [www.siz.nl](http://www.siz.nl). De ketens zijn:

Club Fysio Therapie	telefoonnummer 0900-258239746 <a href="http://www.clubfysio.nl">www.clubfysio.nl</a> ;
Fysio@ompany	telefoonnummer 073-623 22 22 <a href="http://www.fysiocompany.nl">www.fysiocompany.nl</a> ;
Fysiovisie	telefoonnummer 040-296 35 02 <a href="http://www.fysiovisie.nl">www.fysiovisie.nl</a> ;
Fys'optima	telefoonnummer 0416-33 06 22 <a href="http://www.fysoptima.nl">www.fysoptima.nl</a> ;
Het Gezonde Net	<a href="mailto:info@gezondenet.nl">info@gezondenet.nl</a> <a href="http://www.hetgezondenet.nl">www.hetgezondenet.nl</a> ;
Optima Fysio	telefoonnummer 073-644 61 88 <a href="http://www.optimafysio.nl">www.optimafysio.nl</a> ;
TIGRA	telefoonnummer 0900-288 14 43 <a href="http://www.tigra.nl">www.tigra.nl</a> ;
Top-Care Fysiotherapie	telefoonnummer 0900-23 58 67 273 <a href="http://www.top-care.nl">www.top-care.nl</a> ;
Topfysiotherapie	telefoonnummer 0495-53 23 28 <a href="http://www.topfysiotherapie.nl">www.topfysiotherapie.nl</a> ;
Vitaal & Fysiotherapie	telefoonnummer 06-55 777 820 <a href="http://www.vitaal-fysiotherapie.nl">www.vitaal-fysiotherapie.nl</a> .

In beide subartikelen wordt onder het kopje "Bijzonderheden" punt 5 "€ 24,-" vervangen door "€ 25,-".

## **Artikel Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden jonger dan 18 jaar**

De tekst achter "Door" wordt vervangen door:  
(kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

## **Artikel Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

De tekst achter "Verwijzing door" wordt vervangen door:  
huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten dan is een verwijzing niet noodzakelijk.

De tekst achter "Machtiging" wordt vervangen door:  
ja, als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Als u gebruik maakt van een zorgaanbieder met wie de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten dan verzorgt deze de machtigingsaanvraag voor u.

## **Artikel Stottertherapie**

De tekst achter "Omschrijving" wordt vervangen door:  
stottertherapie volgens de methode BOMA, Del Ferro, Hausdörfer of McGuire.

## **Artikel Lymf-oedeemtherapie is komen te vervallen.**

## **Artikel Acnebehandeling**

De vergoedingen voor Budget, Accent en Plus worden gewijzigd in: ten hoogste € 26,40 per behandeling voor ten hoogste 15 behandelingen per kalenderjaar

## **Artikel Epilatie**

De vergoedingen voor Budget, Accent en Plus worden gewijzigd in:

ten hoogste € 446,60 per kalenderjaar  
Verder is er een machtigingvereiste toegevoegd aan dit artikel.

## **Artikel Podotherapie**

De tekst achter "Omschrijving" wordt vervangen door:  
1. podotherapie. Hieronder wordt verstaan behandelingen van voetafwijkingen, huid- en nagelaandoeningen, of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat die voortvloeien uit de voeten;  
2. voetbehandeling voor verzekerden met diabetes mellitus, type I of II.  
De tekst achter "Door" wordt vervangen door:  
1. voor behandelingen onder omschrijving, punt 1: podotherapeut;  
2. voor behandelingen onder omschrijving, punt 2: pedicure met het diploma medisch pedicure of met aantekening 'diabetesvoet'.  
De vergoedingen voor Accent en Plus worden gewijzigd in: ten hoogste € 117,- per kalenderjaar

## **Artikel Anticonceptie is komen te vervallen**

## **Onder de kop "Farmaceutische Zorg" wordt het volgende artikel ingevoegd:**

## **Artikel Geneesmiddelen ter bevordering van de vruchtbaarheid**

Omschrijving:  
geneesmiddelen ter bevordering van de vruchtbaarheid bij overige fertiliteitbevorderende behandelingen.

Ter hand gesteld door:  
apotheker of apothekhoudend huisarts.

Vergoeding:  
Budget geen vergoeding  
Accent volledig  
Plus volledig  
Actief geen vergoeding

Voorschrift:  
huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:  
de aanspraak op overige fertiliteitbevorderende behandelingen is opgenomen in de zorgverzekering.

## **Artikel Steunzolen en therapiezolen**

De vergoedingen voor Accent en Plus worden gewijzigd in: ten hoogste € 192,- per kalenderjaar

## **Artikel Herstellingsoord**

Achter "Omschrijving" worden de volgende herstellingsoorden toegevoegd:  
- Groot Stokkert in Groot Stokkert;  
- Parc Spelderholt in Beekbergen;  
- Kuur en Herstel in Wijk bij Duurstede.

## **Artikel Kuuroord**

De tekst achter "Omschrijving" wordt vervangen door:  
behandeling in een van de volgende kuuroorden:  
- Thermaalbad Arcen in Arcen;  
- Scandic Sanadome in Nijmegen;  
- Kuurcentrum Fontana in Nieuweschenans;  
- Thermae 2000 in Valkenburg (L);  
- of in een kuuroord in Europa (niet zijnde Nederland).

Aan dit artikel wordt toegevoegd:  
Bijzonderheden:  
kosten van verblijf in een kuuroord worden niet vergoed.

## Artikel Gastenverblijf

De vergoedingen voor Budget, Accent en Plus worden gewijzigd in: ten hoogste € 45,50 per dag

## Artikel Hospice

De vergoedingen voor Accent en Plus worden gewijzigd in: ten hoogste € 131,60 per dag  
Verder is de machtiging vereiste komen te vervallen.

## Artikel Cursus stoppen met roken

De tekst achter "Door" wordt vervangen door:  
GGD, thuiszorgorganisatie of Stichting De Helderheid.  
De vergoedingen voor Budget, Accent en Plus worden gewijzigd in: ten hoogste € 75,- voor de gehele looptijd van de verzekering

## Artikel Preventieve cursussen en voorlichting

De volledige tekst van het artikel wordt vervangen door:

Omschrijving:

1. cursussen en voorlichting die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen door verbetering van de huidige levensstijl, zoals cursussen gericht op:
  - de periode rondom zwangerschap;
  - voeding;
  - eerste hulp aan kinderen.
2. cursussen en voorlichting die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening, zoals leren omgaan met diabetes, reuma, fibromyalgie, astma, dementie.
3. beweegprogramma's voor verzekerden met een van de ziekten en/of aandoeningen diabetes, obesitas of COPD.
4. therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met een van de chronische aandoeningen reumatoïde artritis, fibromyalgie, Bechterew of verzekerden met hartproblemen.

Door:

preventie zoals genoemd onder:

omschrijving, punt 1: thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of kraamcentrum;

omschrijving, punt 2: thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP);

omschrijving punt 3: voorkeursaanbieders;

omschrijving punt 4: patiëntenvereniging van reuma-, Bechterew of hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).

De maatschappij heeft voor de zorg genoemd onder omschrijving, punt 3 met tien ketens van fysiotherapiepraktijken speciale afspraken gemaakt. Dit zijn de voorkeursleveranciers van de maatschappij. Naast de gewone behandelingen bieden zij ook speciale groepsprogramma's voor verzekerden met specifieke aandoeningen zoals diabetes, obesitas, COPD. Voor meer informatie zie [www.siz.nl](http://www.siz.nl)

De ketens zijn:

Club Fysio Therapie	telefoonnummer: 0900-258239746 <a href="http://www.clubfysio.nl">www.clubfysio.nl</a> ;
Fysio@ompany	telefoonnummer 073-623 22 22 <a href="http://www.fysioompany.nl">www.fysioompany.nl</a> ;
Fysiovisie	telefoonnummer 040-296 35 02 <a href="http://www.fysiovisie.nl">www.fysiovisie.nl</a> ;
Fys'optima	telefoonnummer 0416-33 06 22 <a href="http://www.fysoptima.nl">www.fysoptima.nl</a> ;
Het Gezonde Net	<a href="mailto:info@gezondenet.nl">info@gezondenet.nl</a> ; <a href="http://www.hetgezondenet.nl">www.hetgezondenet.nl</a> .

Optima Fysio	telefoonnummer 073-644 61 88 <a href="http://www.optimafysio.nl">www.optimafysio.nl</a> ;
TIGRA	telefoonnummer 0900-288 14 43 <a href="http://www.tigra.nl">www.tigra.nl</a> ;
Top-Care Fysiotherapie	telefoonnummer 0900-23 58 67 273 <a href="http://www.top-care.nl">www.top-care.nl</a> ;
Topfysiotherapie	telefoonnummer 0495-53 23 28 <a href="http://www.topfysiotherapie.nl">www.topfysiotherapie.nl</a> ;
Vitaal & Fysiotherapie	telefoonnummer 06-55 777 820 <a href="http://www.vitaal-fysiotherapie.nl">www.vitaal-fysiotherapie.nl</a> .

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 50,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 50,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 50,- per kalenderjaar
Actief	ten hoogste € 100,- per kalenderjaar

Bijzonderheden:

als op grond van de SIZ Aanvullende Verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende Verzekering Budget, Accent en Plus.

## Artikel Sportgeneeskunde

De vergoedingen voor Budget, Accent, Plus en Actief worden gewijzigd in:  
ten hoogste € 76,- per kalenderjaar

## Artikel Zorg door een overgangsconsulente

De vergoedingen voor Budget, Accent, Plus en Actief worden gewijzigd in:  
ten hoogste 4 consulten tot ten hoogste € 46,- per consult voor de gehele looptijd van de verzekering

## Artikel Gezond Leven Test

De Gezond Leven digitest is komen te vervallen.

De tekst achter "Vergoeding" wordt vervangen door:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	geen vergoeding
Actief	eenmaal per twee kalenderjaren de basis of de uitgebreide Gezond Leven Test

## Artikel Psychologische zorg

De kop van dit artikel wordt vervangen door:

Eerstelijnspsychologische zorg

De tekst achter "Omschrijving" wordt vervangen door:

een aanvulling op het aantal zittingen eerstelijnspsychologische zorg vanuit de zorgverzekering. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

De tekst achter "Door" wordt vervangen door:

gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog en klinisch psycholoog.

Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. De zorg kan plaatsvinden in een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

De vergoedingen voor Budget, Accent, Plus en Actief worden gewijzigd in:  
ten hoogste 4 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,- per zitting

## Voor de kop "Reizen" wordt onder de kop "Vervoer" het volgende artikel ingevoegd:

## Artikel Vervoer in verband met transplantatie van organen

Omschrijving:

taxivervoer of eigen vervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzekerde en de instelling waar hij zorg ontvangt die verband houdt met een transplantatie van organen voor zover er geen aanspraak op dit vervoer bestaat op grond van de zorgverzekering. Het betreft de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles.

Door:

als het taxivervoer betreft: vervoerder met wie de maatschappij daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

Budget als het taxivervoer betreft: volledig

als het vervoer per eigen auto betreft: € 0,25 per kilometer

Accent als het taxivervoer betreft: volledig

als het vervoer per eigen auto betreft: € 0,25 per kilometer

Plus als het taxivervoer betreft: volledig

als het vervoer per eigen auto betreft: € 0,25 per kilometer

Actief geen vergoeding

Voorschrift:

huisarts of medisch specialist.

Machtiging:

ja. U kunt hiervoor gebruik maken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer.

Bijzonderheden:

1. het betreft hier niet het vervoer van de donor;
2. een overzicht van de door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via [www.siz.nl](http://www.siz.nl) of telefonisch op te vragen via telefoonnummer 015-251 16 11;
3. het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer kunt u downloaden via [www.siz.nl](http://www.siz.nl) of telefonisch op vragen via telefoonnummer 015-251 16 11.

## Artikel Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

De tekst achter "Bijzonderheden" punt 3 wordt vervangen door: voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de SIZ Alarmcentrale, telefoonnummer: 050-526 79 99 (+31 (0)50 526 79 99). SIZ adviseert de verzekerde om de SIZ Alarmcentrale in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

## Artikel Repatriëring

De tekst achter "Door" wordt vervangen door:

SIZ Alarmcentrale, telefoonnummer: 050-526 79 99 (+31 (0)50-526 79 99).

## Artikel Vaccinatie

De tekst achter "Omschrijving" wordt vervangen door: wegens vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten en vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococci)meningitis of malaria.

De tekst achter "Door" wordt vervangen door:

huisarts, GGD, Travel Health Clinic of Encare Arbozorg of een arts die een LCR-accreditatie en gele-koorts registratie heeft (voor adressen zie [www.lcr.nl](http://www.lcr.nl)).

De vergoedingen voor Accent en Plus worden gewijzigd in: ten hoogste € 76,- per kalenderjaar

## Artikel Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg

De tekst achter "Door" wordt vervangen door:

tandarts. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen deze zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Verder vervallen de UPT-codes X23 bij de verrichting Röntgendiaagnostiek en U05 en U10 bij de verrichting Uurtarif.

## Artikel Gnathologie

De maximale vergoedingen veranderen als volgt:

Verrichtingen	UPT-code	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
- uitgebreid functie-onderzoek	G01	€ 96,40
- gedocumenteerde verwijzing	G03	€ 42,50
- occlusale spalk	G62	€ 193,80
- repositie spalk	G63	€ 244,00
- controlebezoek spalk	G64	€ 19,30
- indirect planmatig inslijpen	G65	€ 212,00
- occlusale opbeetplaat	G69	€ 98,50

## Artikel Prothetische voorzieningen

De maximale vergoedingen veranderen als volgt:

Verrichtingen	UPT-code	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
Partiële kunsttharsprothese		
- 1 t/m 4 elementen	P10	€ 136,-
- 5 t/m 13 elementen	P15	€ 255,-
- extra voor individuele afdruk met randopbouw	P16	€ 75,-
- extra voor beetregistratie met specifieke apparatuur	P17	€ 77,-
- extra voor gegoten anker	P18	€ 49,60
Frameprothese		
- 1 t/m 4 elementen	P34	€ 460,-
- 5 t/m 13 elementen	P35	€ 559,-
Precisieverankering		
- wortelkap met stift	P31	€ 207,60
- extra per precisieverankering c.q. per staafhuls	P32	€ 225,30
Rebasen		
- indirect zonder randopbouw	P01, P51	€ 78,-
- indirect met randopbouw	P02, P52	€ 109,60
- direct zonder randopbouw	P03, P53	€ 90,30
- direct met randopbouw	P04, P54	€ 110,60
Reparaties per werkstuk		
- breuk, scheur, opnieuw vastzetten van elementen zonder afdruk	P07, P57	€ 42,60
- reparatie prothese met afdruk	P08, P58	€ 72,-
- uitbreiding prothese met element of anker inclusief afdruk	P78, P79	€ 82,-

De tekst onder "Bijzonderheden" wordt vervangen door:

1. als de prothetische zorg wordt uitgevoerd door een tandprotheticus dan gelden ook ten hoogste de aangegeven vergoedingen;
2. de vergoeding voor een reparatie van een partiële prothese wordt ook verleend als de reparatie is verricht door een gediplomeerd tandtechnicus.

## Artikel Implantologie in de niet-tandeloze kaak

De machtigingvereiste is komen te vervallen.

## Artikel Inlays, kronen en bruggen

Onder "Vergoeding" wordt de term "restauraties" vervangen door "gebitselementen".

## Artikel Restauraties door middel van niet-plastische materialen

De maximale vergoedingen veranderen als volgt:

Verrichtingen	UPT-code	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
- roestvrijstalen kroon	R29	€ 38,50
- opbouw plastisch materiaal	R31	€ 23,30
- gegoten opbouw indirecte methode	R32	€ 111,40
- gegoten opbouw directe methode	R33	€ 115,50
- intra-coronaire brugverankering	R46	€ 38,50
- etsbrug zonder preparatie	R60	€ 245,-
- etsbrug met preparatie	R61	€ 283,50
- toeslag volgende dummy	R65	€ 143,80
- toeslag boven 2 bevestigingen	R66	€ 31,50
- kroon onder bestaand frameanker	R70	€ 42,60
- vernieuwen porselein facet	R71	€ 103,50
- vernieuwen facet plastisch materiaal	R72	€ 23,30
- opnieuw vastzetten gegoten restauraties	R74	€ 15,20
- opnieuw vastzetten etsbrug	R75	€ 38,50
- extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon	R76	€ 19,30
- labiale veneering zonder preparatie	R78	€ 169,50
- labiale veneering met preparatie	R79	€ 201,-

## Artikel Huishoudelijke ondersteuning bij ziekte van verzekerde of partner

"Verwijzing door: bedrijfsarts" wordt vervangen door:

Aan te vragen door:

de direct leidinggevende van de werknemer of een personeelsfunctionaris van de werkgever. De aanvraag moet voorzien zijn van:

- de naam, het adres en de woonplaats van de werknemer;
- het telefoonnummer waarop de werknemer bereikbaar is;
- de geboortedatum van de werknemer;
- het klantnummer van de werknemer;
- een korte beschrijving van de indicatie/situatie.

## Artikel Taxivervoer

De tekst achter "Door" wordt vervangen door:

vervoerder met wie de maatschappij daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

"Verwijzing door: bedrijfsarts" wordt vervangen door:

Aan te vragen door:

de direct leidinggevende van de werknemer of een personeelsfunctionaris van de werkgever

De tekst achter "Machtiging" wordt vervangen door:

ja. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een verklaring van de leidinggevende of een personeelsfunctionaris waaruit blijkt dat vervoer per openbaar vervoer of eigen auto niet mogelijk is in verband met een ernstige beperking van de mobiliteit. SIZ stuurt de machtiging naar de werkgever.