

Zorg en Zekerheid

ZIEKENFONDS & PARTICULIER

2005

Zorg Vrij Polis
Polisvoorwaarden

Zorg Vrij Polis
Polisvoorwaarden
2005

Inhoudsopgave

<i>Rubriek A. Begripsomschrijvingen</i>	5
<i>Rubriek B. Omvang dekking</i>	13
1. Huisarts	13
2. Tandheeskundige hulp	13
3. Paramedische behandelingen	18
4. Psychologische zorg	22
5. Farmaceutische hulp	23
6. Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen	24
7. Brillenglazen, contactlenzen en brilmontuur	24
8. Hulpmiddelen	25
9. Geboortezorg	27
10. Ziekenvervoer	29
11. Medisch specialistische hulp	30
12. Herstel en verblijf	36
13. Huidtherapie	38
14. Buitenland	40
15. Preventie	44
16. Overige	45
4 <i>Rubriek C. Verzekeringsvoorwaarden</i>	47
1. Algemeen	47
2. Aanmelding	47
3. Aanvang en beëindiging van de verzekering	48
4. Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde	50
5. Dekking	51
6. Premie	52
7. Wijziging van de premie en/of voorwaarden	53
8. Eigen risico	54
9. Uitsluitingen	55
10. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	56
11. Sluimerverzekering	57
12. Vrijwaring van aansprakelijkheid	57
13. Dubbele dekking	57
14. Geschillen	58
15. Bedenktijd	58
16. Slotbepaling	58
<i>Rubriek D. Waar kunt u terecht voor informatie?</i>	59

Rubriek A. Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden, die deel uitmaken van de Zorg Vrij Polis, wordt verstaan onder:

Acupuncturist

Een op HBO-niveau in de gezondheidszorg opgeleide behandelaar die gevestigd is in Nederland en voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals die bijvoorbeeld door de Nederlandse Vereniging van Acupunctuur (NVA) worden gehanteerd.

Antroposofisch therapeut

Een antroposofisch therapeut moet voldoen aan één van onderstaande voorwaarden:

- een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG met aanvullende opleiding antroposofie;
- een in Nederland gevestigde diëtist, logopedist en oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” met een aanvullende opleiding antroposofie;
- een in Nederland gevestigde verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG met aanvullende opleiding antroposofie;
- een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG met aanvullende opleiding antroposofie;
- een in Nederland gevestigde beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die de HBO-opleiding kunstzinnige of euritmitherapie heeft afgerond;
- een in Nederland gevestigde beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die een aanvullende opleiding op het gebied van antroposofische (psychosociale) hulpverlening heeft gevolgd.

5

Apotheker

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

Arts

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

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Bestuur

Directie van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bijkomende kosten

De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialis-
tische behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies,
pacemakers, bestralingen, narcose en gebruik van operatiekamer of polikliniek).

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een in Nederland gevestigde instelling die conform de wettelijk gestelde regels bevoegd is tot
het uitvoeren van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsonderzoek en -advisering.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkend of voorlopig erkend universitair
of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere
gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskun-
digheid vereist.

Chiropractor

Een op academisch niveau opgeleide (erkend college of chiropractie) beroepsbeoefenaar in
de chiropractie en als zodanig geregistreerd, gevestigd in Nederland.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Het geheel van activiteiten van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorg-
vraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in het ziekenhuis consulteert.

6 *Diëtist*

Een in Nederland gevestigde diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in “Besluit diëtist,
ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

Drogisterijmiddelen

Geneesmiddel dat zonder recept verkrijgbaar is bij apotheek of drogist, niet zijnde een
geregistreerd homeopathisch geneesmiddel. Bepalend is de lijst van de KNMP (Koninklijke
Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie) op het moment van levering.

Eigen bijdrage

Een bijdrage in vergoeding die verzekeringnemer zelf verschuldigd is en waarop het eigen
risico niet van toepassing is.

Eigen risico

Het individueel overeengekomen en op het polisblad vermelde bedrag dat per kalenderjaar
bij vergoeding van de ziektekosten en kosten voor tandheelkundige hulp voor rekening van
de verzekeringnemer blijft.

Ergotherapeut

Een in Nederland werkzame ergotherapeut, verbonden aan een revalidatiecentrum,
verpleeghuis, ziekenhuis of thuiszorgorganisatie, die voldoet aan de eisen als vermeld in het
“Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en
podotherapeut”.

Extramuraal werkend medisch specialist

Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaar-

den, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, die is ingeschreven in het specialistenregister van de KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst), niet werkzaam is binnen een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum en waarmee Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft gesloten.

Farmaceutische hulp

Farmaceutische hulp omvat de bij Ministeriële Regeling aangewezen onderdelen van farmaceutische zorg, zoals omschreven in de Regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.

Fleboloog/proctoloog

Een in Nederland gevestigde arts-fleboloog of arts-fleboloog-proctoloog die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals die bijvoorbeeld door de Benelux Vereniging voor Flebologie worden gehanteerd.

Fysiotherapeut

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

Gezin

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

Gezinslid

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

Gezondheidszorgpsycholoog

Een universitair opgeleide en in Nederland gevestigde gezondheidszorgpsycholoog, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Haptotherapeut

Een op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die de aanvullende opleiding Haptotherapie heeft voltooid en gevestigd is in Nederland. De behandelaar dient te voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals die bijvoorbeeld door de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH) worden gehanteerd.

Herstellingsoorden

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

Hospice

Een instelling die specifiek is ingericht voor tijdelijke opvang van terminale patiënten en hun naasten.

Huidtherapeut

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

Huisarts

De persoon die beroepsmatig huisartsgeneeskundige hulp verleent en ingeschreven is in het register van erkende huisartsen van de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) en die voor eigen rekening en risico in Nederland praktijk uitoefent.

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen omvatten de medische hulpmiddelen die door Zorg en Zekerheid in het Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen.

Kaakchirurg

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de NMT (Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde).

Kind

Ongehuwd eigen, adoptief- of pleegkind tot 18 jaar.

(Klassiek) homeopaat

Een op HBO-niveau in de gezondheidszorg opgeleide behandelaar die een aanvullende opleiding in de homeopathie heeft voltooid en gevestigd is in Nederland. De behandelaar dient te voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals die bijvoorbeeld door de Nederlandse Vereniging van Klassieke Homeopaten (NVKH) worden gehanteerd.

8

Kraamcentrum

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende instelling.

Kraamzorg

De zorg voor moeder en het pasgeboren kind ten huize van de verzekerde, verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorg(st)er.

Logopedist

Een in Nederland gevestigde logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

Manueel geneeskundige

Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, met de aanvullende opleiding manuele geneeskunde.

Manueel therapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die geregistreerd staat in het deelregister Manuele therapie van het Centraal Kwaliteitsregister van het KNGF (koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie).

Medisch adviseur

De arts die Zorg en Zekerheid in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch noodzakelijke repatriëring

Repatriëring is het medisch noodzakelijke ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar een ziekenhuis, revalidatie-instelling of verpleeghuis in Nederland, voor zover sprake is van verblijf in het buitenland als bedoeld in Rubriek B artikel 14.4 onder c.

Medisch specialist

Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het specialistenregister van de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst).

Medisch specialistische hulp

Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch specialist is ingeschreven.

Mondhygiënist

Een in Nederland gevestigde mondhygiënist die voldoet aan de eisen als vermeld in het “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

Natuurgeneeskundige

Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, met de aanvullende opleiding natuurgeneeskunde.

Niet-klinische (poliklinische) specialistische hulp

Specialistische hulp waarbij geen sprake is van opname.

Oefentherapeut Mensendieck/loefentherapeut Cesar

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar die voldoet aan de eisen als vermeld in het “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

Ongeval

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

Opname

Opname in een ziekenhuis langer dan 24 uur, indien en zolang er medische noodzaak bestaat voor verpleging, onderzoek en behandeling die uitsluitend in een ziekenhuis kan plaatsvinden, of een onafgebroken behandeling door een medisch specialist medisch noodzakelijk is.

Orthodontie

Een volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaarde behandeling of onderzoek behorend tot het specialisme waarvoor een orthodontist is ingeschreven.

Orthodontist

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthodontie van de NMT (Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde).

Orthomoleculair geneeskundige

Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, met de aanvullende opleiding orthomoleculaire geneeskunde.

Osteopaat

Een op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die de aanvullende opleiding osteopathie heeft voltooid en gevestigd is in Nederland.

Overgangsconsulent(e)

Een op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg met een aantekening gynaecologie en die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals die zijn neergelegd door bijvoorbeeld de vereniging Care for Women en die gevestigd is in Nederland.

Partner

Een gehuwde dan wel één persoon die duurzaam samenwoont met de verzekerde en die samen met de verzekerde een gemeenschappelijk huishouden heeft.

Persoonsregistratie

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

Podotherapeut

Een in Nederland gevestigde podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

Podoposturale therapeut

Een op MBO/HBO-niveau in de gezondheidszorg opgeleide behandelaar die gevestigd is in Nederland en voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals die bijvoorbeeld door het Omni Podo Genootschap worden gehanteerd.

Podoloog

Een op MBO/HBO-niveau in de gezondheidszorg opgeleide behandelaar die gevestigd is in Nederland en voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals die bijvoorbeeld door de Stichting LOOP worden gehanteerd.

Psychotherapeut

Een universitair opgeleide en in Nederland gevestigde psychotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke of revalidatietechnische aard. De hulp moet worden verleend door een multidisciplinair team van deskundigen dat aan een daarvoor door de overheid toegelaten instelling voor revalidatie is verbonden en onder leiding staat van een revalidatiearts.

Schoonheidsspecialist

Een op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg, die de aanvullende opleidingen van bijvoorbeeld de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) heeft voltooid in Nederland.

Shiatsu-therapeut

Een op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals die bijvoorbeeld door de Vereniging voor IOKAI Shiatsu (VIS) worden gehanteerd en is gevestigd in Nederland.

Tandarts

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

Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigd tandprotheticus die voldoet aan de eisen als vermeld in het besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus volgens de Wet BIG.

Tandtechnicus

Een in Nederland gevestigd tandtechniker die bij een tandtechnisch laboratorium tandtechnische werkstukken vervaardigt.

U/de verzekerde/de medeverzekerde

Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig als verzekerde dan wel als medeverzekerde bij Zorg en Zekerheid is geregistreerd.

Uitgebreid kraampakket

Een kraampakket waarin, naast alle noodzakelijke hulpmiddelen voor de bevalling en de kraamtijd, ook een aantal nuttige verrassingen zitten.

Verloskundige

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

Verzekering

De door de verzekeringsovereenkomst geregelde rechtsverhouding.

Verzekeringsjaar

De op het polisblad omschreven periode en de daarop volgende aaneengesloten periode van 12 maanden of, na verlenging van de verzekering, elke daaropvolgende aaneengesloten periode van 12 maanden.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

Verzekeringsovereenkomst

De overeenkomst, gesloten tussen een verzekeringnemer/verzekerde en de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.

Wachttijd

Een periode van 6 tot 12 maanden waarin de verzekerde geen recht heeft op verstrekking(en) en of vergoeding(en).

Wet BIG

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wij/ons/Zorg en Zekerheid

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.

Zelfstandig Behandelcentrum

Een in Nederland gevestigde inrichting voor dagverpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als behandelcentrum conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Dit centrum dient tevens door Zorg en Zekerheid gecontracteerd te zijn.

Zelfzorgmiddelen

12 Zie Drogisterijmiddelen.

Ziekenhuis

Een in Nederland gevestigde inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig erkend door de bevoegde overheidsinstantie.

Zorghotel

Een instelling voor verpleging van zieken, direct aansluitend op opname of behandeling in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Rubriek B. Omvang dekking

Zorg en Zekerheid vergoedt de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen op basis van het tarief dat wij zijn overeengekomen met de zorgverlener. Indien geen tarief is overeengekomen vergoeden wij ten hoogste de tarieven zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Wij vergoeden uitsluitend kosten die zijn gemaakt tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst.

Indien en voor zover Zorg en Zekerheid meer vergoedt dan zij krachtens één van de polisvoorwaarden is verplicht, geldt het volgende: U wordt geacht een volmacht tot incasso op naam van Zorg en Zekerheid te hebben verleend om het namens u teveel betaalde aan Zorg en Zekerheid terug te betalen.

1. Huisarts

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van:

- het honorarium van de huisarts;
- de avond-, nacht- en weekenddienst waarbij de huisarts is aangesloten;
- laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door de huisarts, een ziekenhuis of laboratorium.

U kunt geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten van onder meer:

- het maken van een ECG;
- verbruiksmaterialen (bijvoorbeeld spuiten, naalden, pleisters);
- een uitstrijkje zonder medische indicatie;
- een griepvaccinatie op eigen verzoek;
- medische keuringen;
- een zwangerschapstest zonder medische indicatie.

13

2. Tandheelkundige hulp

Algemene bepaling:

U kunt geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten van een tandheelkundige behandeling als die naar het oordeel van Zorg en Zekerheid niet doelmatig, onnodig kostbaar, niet gebruikelijk of onnodig gecompliceerd is.

2.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden tot 18 jaar

2.1.1 Tandheelkundige hulp

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de benodigde tandheelkundige hulp voor 100% tot een maximum van € 230,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

2.1.2 Extra tandheelkundige hulp

Volgend op de vergoeding uit 2.1.1, vergoeden wij de benodigde tandheelkundige hulp voor 85% tot een maximum van € 1.000,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

Indien u voor behandeling gebruik maakt van de diensten van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en de behandeling wordt uitgevoerd door een student Tandheelkunde, dan wordt het vergoedingspercentage van 85% voor tandheelkundige hulp verhoogd tot 100% tot het maximum van het bovengenoemde bedrag.

De behandeling onder artikel 2.1.1 en artikel 2.1.2 moet worden uitgevoerd door:

- een tandarts, het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam of een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Parodontologische-, preventie- en mondhygiënebehandelingen mogen ook worden uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist.

Uitsluitingen voor artikel 2.1.1 en artikel 2.1.2:

Voor verzekerden bestaat geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- implantologie en implantaten en de daarbij behorende onderdelen;
- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet tijdig afgemelde afspraken;
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat door een kaakchirurg, tenzij in deze polisvoorwaarden anders is bepaald;
- parodontale chirurgie door een kaakchirurg;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- partiële en/of frameprothesen vervaardigd door een tandprotheticus;
- het bleken van elementen (met uitzondering van codes E90 en E95);
- mondbeschermers (codes M60 en M65).

2.1.3 Orthodontie

Wij vergoeden per verzekerde de kosten van orthodontische behandeling voor 85% tot een maximum van € 2.000,00 door een orthodontist of een tandarts. Deze vergoeding is éénmalig voor de gehele behandelduur en geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar. Vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik wordt niet vergoed.

(Let op: Nota's dienen uiterlijk voor 31 december van het jaar volgend op het jaar van behandeling te worden ingediend.)

2.2 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

Wij vergoeden 85% tot een maximum van € 1.000,00 per verzekerde, per kalenderjaar voor:

- de benodigde tandheelkundige hulp;
- orthodontische behandelingen;
- de eigen bijdrage in de kosten van een volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, indien voldaan is aan de voorwaarden in artikel 2.3.1;
- de eigen bijdrage van € 90,00 per kaak in de kosten van een volledige gebitsprothese op implantaten voor boven- en/of onderkaak, indien voldaan is aan de voorwaarden in artikel 2.3.2.

Indien u voor behandeling gebruik maakt van de diensten van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en de behandeling wordt uitgevoerd door een student Tandheelkunde, dan wordt het vergoedingspercentage van 85% voor tandheelkundige hulp verhoogd tot 100% tot het maximum van het bovengenoemde bedrag.

Voorwaarde voor vergoeding:

De behandeling moet worden uitgevoerd door:

- een tandarts, orthodontist, het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam of een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Parodontologische, preventie- en mondhygiënebehandelingen mogen ook worden uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist.

Uitsluitingen:

15

Er bestaat een beperkte aanspraak op vergoeding van de kosten van:

- periodiek preventief consult (code C11), maximaal 1 keer per jaar;
- röntgendiagnostiek (codes beginnend met X), maximaal 2 per jaar.

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- het tweede en volgende periodiek preventief onderzoek in hetzelfde kalenderjaar (code C12);
- implantologie en implantaten en de daarbij behorende onderdelen (m.u.v. bepalingen 2.3.2 en 2.4);
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet tijdig afgemelde afspraken;
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat door een kaakchirurg, tenzij in deze polisvoorwaarden anders is bepaald;
- parodontale chirurgie door een kaakchirurg;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- partiële en/of frameprothesen vervaardigd door een tandprotheticus;
- het bleken van elementen (met uitzondering van codes E90 en E95);
- mondbeschermers (codes M60 en M65).

2.3 *Prothetische hulp*

2.3.1 *Volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak*

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, 75% van de aanschafkosten van een volledige gebitsprothese. 25% van de kosten geldt als eigen bijdrage. Een tegemoetkoming in de kosten van de eigen bijdrage, is mogelijk op grond van artikel 2.2 van deze voorwaarden.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de behandeling moet worden verricht door een tandarts, een centrum voor bijzondere tandheelkunde, het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam of een tandprotheticus;
- indien de techniekkosten van de volledige gebitsprothese meer dan € 290,00 per boven- of onderkaak bedragen of indien de techniekkosten voor boven- en onderkaak gezamenlijk meer dan € 500,00 bedragen, dient vooraf toestemming te worden verleend door Zorg en Zekerheid;
- bij prothetische hulp moet de volledige prothese gemaakt worden door een tandarts of tandprotheticus.

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

16

- een volledige boven- of onderprothese vervaardigd door een tandtechnicus.

2.3.2 *Volledige gebitsprothese op implantaten voor boven- en/of onderkaak*

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- of onderkaak op implantaten, alsmede de kosten van de implantaten en de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel). Per kaak geldt een eigen bijdrage van € 90,00. Een tegemoetkoming in de kosten van deze bijdrage is mogelijk op grond van artikel 2.2 van deze voorwaarden.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken, tandenloze kaak;
- de implantaten worden ingebracht door een kaakchirurg of tandarts;
- het maken en plaatsen van de volledige prothese of mesostructuur moet worden verricht door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde;
- er dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid aan de hand van een goedgekeurd behandelplan.

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- een volledige boven- of onderprothese op implantaten, vervaardigd door een tandprotheticus of een tandtechnicus.

2.4 *Implantaten in een betande kaak*

Wij vergoeden de kosten van een implantaat in een kaak waar nog tanden of kiezen aanwezig zijn, voor 85% tot een maximum van € 500,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding:

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

2.5 *Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen*

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, 90% van de kosten van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de behandeling vindt plaats in gevallen waarbij een van de onderstaande lichamelijke aandoeningen, aangeboren of verworven tandheelkundige afwijkingen heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel:
 - a. Het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen ten minste 10 moet zijn;
 - b. Een kaakgewrichtafwijking (pijn-disfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
 - c. Een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
 - d. Een uitgebreid defect aan de mond, kaak of het gezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect);
 - e. Een lip-, kaak- of verhemeltespleet (cheilo-, gnatho- of palatoschisis);
- de behandeling vereist een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid.

17

Voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid aan de hand van een goedgekeurd behandelplan.

2.6 *Orthodontische behandelingen in bijzondere gevallen*

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van een orthodontische behandeling bij een lip-, kaak- of verhemeltespleet (cheilo-, gnatho- of palatoschisis) of bij een vergelijkbare, zeer ernstige orthodontische afwijking.

Voorwaarde voor vergoeding:

- de behandeling moet worden verricht door een orthodontist op advies van een huisarts of tandarts.

Er dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

2.7 Tandheelkundige hulp aan extreem angstigen en/of verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van het behandeltraject van een tandarts (codes U05 en U10) voor 100% tot een maximum van € 230,00 per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding:

- u dient vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld;
- er moet sprake zijn van extreme angst en/of een lichamelijke en/of verstandelijke handicap waardoor een langere dan normaal gebruikelijke behandelduur noodzakelijk is;
- de verzekerde met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap en/of extreme angst kan geen aanspraak maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

2.8 Ongevaldekking tandheelkunde

18

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige hulp in verband met letsel aan het gebit ten gevolge van een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering. De maximale vergoeding is € 1.100,00 per gebeurtenis.

Voorwaarden voor vergoeding:

- het ongeval moet binnen 30 dagen bij Zorg en Zekerheid worden gemeld;
- de kosten vloeien direct voort uit het ongeval;
- de vergoeding van de kosten is beperkt en verzekerd tot twee kalenderjaren na het ongeval;
- de behandeling dient te worden verleend door een tandarts, kaakchirurg of orthodontist.

3. Paramedische behandelingen

3.1 Fysiotherapie

Algemene voorwaarden voor vergoeding:

- a. De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- b. De therapie moet medisch noodzakelijk zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist zijn voorgeschreven;
- c. Een chronische indicatie moet onder de "Regeling Fysiotherapie en Oefentherapie Mensendieck/oefentherapie Cesar" vallen, zoals is vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Voor een aantal indicaties in deze regeling is er sprake van

vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode.

3.1.1 Fysiotherapie door niet-gecontracteerde fysiotherapeut

3.1.1.1 Chronische indicatie

Wij vergoeden bij een chronische indicatie het medisch noodzakelijke aantal behandelingen fysiotherapie met een maximum van € 20,00 per behandeling, per verzekerde, per kalenderjaar.

3.1.1.2 Niet-chronische indicatie

Wij vergoeden bij een niet-chronische indicatie het medisch noodzakelijke aantal behandelingen fysiotherapie met een maximum van € 20,00 per behandeling, per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding:

- de verzekerde dient vanaf de 25^{ste} behandeling toestemming te hebben voor voortzetting van de behandeling. Zorg en Zekerheid kan bij de toestemming nadere voorwaarden stellen.

Manuele therapie

19

Als onderdeel van de onder 3.1.1 beschreven aanspraken, kunnen maximaal 9 behandelingen manuele therapie vergoed worden tegen een tarief van maximaal € 30,00 per behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die geregistreerd staat in het deelregister Manuele therapie van het Centraal Kwaliteitsregister;
- er dient sprake te zijn van een gerichte verwijzing voor manuele therapie door een behandelend arts.

Kinderfysiotherapie

De behandelingen kinderfysiotherapie worden vergoed tegen een tarief van maximaal € 30,00 per behandeling. Er is alleen sprake van kinderfysiotherapie bij een specifiek aantal aandoeningen, namelijk: longaandoeningen, reumatische aandoeningen, neurologische aandoeningen en een beperkt aantal orthopedische aandoeningen.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die geregistreerd staat in het deelregister Kinderfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister;
- er dient sprake te zijn van een gerichte verwijzing voor kinderfysiotherapie door een behandelend arts.

Oedeemtherapie door een fysiotherapeut

De behandelingen lymfe-oedeem worden alleen vergoed tegen een tarief van maximaal € 30,00 per behandeling indien sprake is van aandoeningen aan het lymfatisch of veneuze-stelsel.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die geregistreerd staat in het deelregister Oedeemtherapie van het Centraal Kwaliteitsregister;
- er is sprake van een gerichte verwijzing voor oedeemtherapie door een behandelend arts.

3.1.2 Fysiotherapie door gecontracteerde fysiotherapeut

3.1.2.1 Chronische indicatie

Wij vergoeden bij een chronische indicatie het medisch noodzakelijke aantal behandelingen fysiotherapie, per verzekerde, per kalenderjaar.

3.1.2.2 Niet-chronische indicatie

Wij vergoeden bij een niet-chronische indicatie het medisch noodzakelijke aantal behandelingen fysiotherapie, per verzekerde, per kalenderjaar.

Onderdeel van de hierboven beschreven aanspraken vormen de behandelingen manuele therapie, kinderysiotherapie en oedeemtherapie.

Voorwaarde voor vergoeding:

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut waarmee Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft afgesloten voor vergoeding van fysiotherapie. Op de website www.zorgenzekerheid.nl kunt u vinden welke fysiotherapeuten een overeenkomst hebben afgesloten met 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.

3.2 Oefentherapie Mensendieck / Oefentherapie Cesar

3.2.1 Chronische indicatie

Wij vergoeden bij een chronische indicatie het medisch noodzakelijke aantal behandelingen oefentherapie Mensendieck/oefentherapie Cesar, per verzekerde, per kalenderjaar tezamen.

3.2.2 Niet-chronische indicatie tot 18 jaar

Wij vergoeden bij een niet-chronische indicatie maximaal 42 behandelingen oefentherapie Mensendieck/oefentherapie Cesar per verzekerde, per kalenderjaar.

3.2.3 Niet-chronische indicatie vanaf 18 jaar

Wij vergoeden bij een niet-chronische indicatie maximaal 24 behandelingen oefentherapie Mensendieck/oefentherapie Cesar, per verzekerde, per kalenderjaar.
Voorwaarden voor vergoeding:

De kosten van de hiervoor genoemde behandelingen worden vergoed met inachtneming van het volgende:

- a. De behandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut Mensendieck respectievelijk een oefentherapeut Cesar;
- b. De therapie moet medisch noodzakelijk zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist zijn voorgeschreven;
- c. Een chronische indicatie moet onder de “Regeling Fysiotherapie en Oefentherapie Mensendieck/oefentherapie Cesar” vallen, zoals is vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Voor een aantal indicaties in deze regeling is er sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode.

3.3 Dieetadvisering en voedingsvoorlichting

3.3.1 Dieetadvisering

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, 100% van de kosten van dieetadvisering door een diëtist conform het officiële CTG-tarief tot een maximum van 4 uur per verzekerde, per kalenderjaar. 21

Voorwaarde voor vergoeding:

- de dieetadvisering moet medisch noodzakelijk zijn en door uw behandelend arts, tandarts of medisch specialist zijn voorgeschreven.

3.3.2 Voedingsvoorlichting

Wij vergoeden 100% van de kosten van voedingsvoorlichting door een diëtist tot een maximum van € 115,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

3.4 Ergotherapie

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 20 uren per verzekerde, per kalenderjaar. Op voorschrift van huisarts of medisch specialist, te verlenen door een ergotherapeut in een behandelruimte of op het huisadres van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

3.5 Logopedie

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van logopedische behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding:

- de therapie wordt uitgevoerd door een logopedist en alleen op verwijzing van huisarts, audiologisch centrum of (tandheelkundig) medisch specialist.

U kunt geen aanspraak maken op een vergoeding van de kosten van:

- de behandeling van dyslexie;
- de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen van niet medische aard (bijvoorbeeld als er sprake is van dialect en/of anderstaligheid).

3.6 Stottertherapie

Wij vergoeden 100% tot een maximum van € 400,00 per verzekerde, per kalenderjaar van de kosten voor stottertherapie.

Voorwaarde voor vergoeding:

- de behandeling dient te worden gegeven volgens de methodes Del-Ferro, Boma of Hausdörfer.

3.7 Podologie/podo- (posturale) therapie

Wij vergoeden 100% tot een maximum van € 125,00 per verzekerde, per kalenderjaar van de kosten voor behandelingen/consulten door een podoloog, podokinesioloog, podo-orthesioloog of podotherapeut.

22

4. Psychologische zorg

Wij vergoeden de kosten van psychologische zorg voor 100% tot een maximum van € 500,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding:

- er dient een verwijzing te zijn van een behandelend arts;
- de behandeling dient verricht te zijn door een gezondheidszorgpsycholoog of een psychotherapeut. De gezondheidszorgpsycholoog en de psychotherapeut dienen BIG-geregistreerd te zijn;
- de behandeling kan ook door de Lawrence Leshan Stichting, het Helen Downing Instituut of een Simonton therapeut gegeven worden.

5. Farmaceutische hulp

5.1 Geneesmiddelen

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van farmaceutische hulp overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De Regeling Farmaceutische Zorg maakt onderdeel uit van deze polisvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid.

5.2 Anticonceptiva

Wij vergoeden voor vrouwelijke verzekerden vanaf 21 jaar de kosten van anticonceptiva, hieronder te verstaan: de farmaceutische hulp ten behoeve van anticonceptionele doeleinden (zie ook Rubriek b 8.6).

Voorwaarden voor vergoeding:

- het door de overheid vastgestelde geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS) is van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding is vastgesteld. Geneesmiddelen waarvoor (nog) geen limiet aan de vergoeding is vastgesteld, vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de Regeling Farmaceutische Zorg of Zorg en Zekerheid anders bepaalt. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vastgestelde vergoedingslimiet blijven de meerkosten voor rekening van de verzekeringnemer / verzekerde (de GVS-eigen bijdrage);
- de farmaceutische hulp moet zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts of verloskundige en moet worden geleverd onder de verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudende huisarts;
- de aanspraak op vergoeding voor anticonceptiva / farmaceutische hulp ten behoeve van anti-conceptionele doeleinden door verzekerden vanaf 21 jaar is beperkt tot de middelen die conform de Regeling Farmaceutische Zorg voor vergoeding in aanmerking komen voor verzekerden tot 21 jaar.

23

5.3 Dieetpreparaten

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van dieetpreparaten overeenkomstig de Regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De Regeling Dieetpreparaten maakt deel uit van deze polisvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid.

Voorwaarden voor vergoeding:

- er dient sprake te zijn van een ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis of een ernstige voedselallergie;
- er dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid.

5.4 Verbandmiddelen

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van verbandmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding:

- er dient sprake te zijn van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Zorg;
- samen met de eerste nota dient een medische noodzakelijkheidverklaring van de huisarts of medisch specialist te worden ingediend.

6. Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van consulten, behandelingen en geneesmiddelen voor 100% tot een maximum van € 600,00 per verzekerde, per kalenderjaar:

Deze maximale vergoeding geldt voor de kosten van de volgende alternatieve behandelwijzen en homeopathische / antroposofische geneesmiddelen tezamen:

- acupunctuur;
- chiropractie;
- (klassieke) homeopathie;
- Shiatsu (medisch);
- orthomoleculaire geneeskunde;
- antroposofie;
- haptotherapie;
- manuele geneeskunde;
- natuurgeneeskunde;
- osteopathie.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de behandeling dient voor wat betreft manuele geneeskunde, orthomoleculaire geneeskunde en natuurgeneeskunde te worden gegeven door een arts, niet zijnde uw eigen huisarts en voor de overige genoemde alternatieve geneeswijzen door een arts of therapeut (per behandelaar is hiervoor een begripsomschrijving opgenomen, zie hoofdstuk begripsomschrijving);
- de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een behandelend arts;
- de geneesmiddelen moeten worden afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts in Nederland;
- de geneesmiddelen moeten door de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden aangemerkt.

7. Brillenglazen, contactlenzen en brilmontuur

Wij vergoeden brillenglazen, contactlenzen en brilmontuur vanaf 2,25 dioptrieën tot een maximum van € 150,00 per verzekerde, per 24 maanden.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de 24 maanden termijn gaat in op de dag van de eerste verstrekking;
- er moet een sterkte vanaf 2,25 dioptrieën gelden, ook als alleen een montuur wordt gedeclareerd;
- de maximale vergoeding geldt voor de kosten van glazen, lenzen en brilmontuur tezamen.

8. Hulpmiddelen

Er is geen vergoeding mogelijk indien er vanuit de ministeriële Regeling Hulpmiddelen, gelet op de daarin opgenomen regels, geen recht op het hulpmiddel bestaat.

8.1 Diverse hulpmiddelen

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen overeenkomstig de ministeriële Regeling Hulpmiddelen (inclusief de maximumbedragen) en het door Zorg en Zekerheid vastgestelde “Reglement Hulpmiddelen”. Dit reglement maakt deel uit van de polisvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid.

Voorwaarden voor vergoeding:

- het hulpmiddel is voorgeschreven door de behandelend arts;
- het hulpmiddel is noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd, een en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid;
- daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor bruikleen, correctie, vervanging en herstel van het betreffende hulpmiddel tijdige, voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. De algemene voorwaarden ten aanzien van de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende, vereisten zijn eveneens opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen;
- het hulpmiddel moet worden geleverd door een leverancier die een overeenkomst heeft met Zorg en Zekerheid. De verzekerde kan bij Zorg en Zekerheid informeren welke leveranciers gecontracteerd zijn. Voor deze informatie kunt u contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 **825** of een bezoek brengen aan onze winkels.
- de kosten van normaal gebruik komen, tenzij in de ministeriële Regeling Hulpmiddelen en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder andere verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

8.2 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

Boven op de eventuele vergoeding uit de ministeriële Regeling Hulpmiddelen vergoeden wij de kosten van onderstaande hulpmiddelen per verzekerde, per kalenderjaar:

- voor een prothese bh inclusief plakstrips behorend bij een borstprothese 100% tot een maximum van € 100,00;
- voor een pruik maximaal € 200,00;
- voor een hoortoestel maximaal € 200,00;
- voor steunzolen/podotherapeutische zolen 100% tot een maximum van € 100,00.

Voorwaarde voor vergoeding:

- er is geen vergoeding mogelijk indien het een hulpmiddel betreft dat is opgenomen in de ministeriele Regeling Hulpmiddelen en het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Hulpmiddelen en er gelet op de daarin opgenomen regels, geen recht op het hulpmiddel bestaat.

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- nazorgcontract, onderhoudsmiddelen, reinigingsset of vervangingsgarantie bij hoortoestellen.

8.3 *Plasweccker*

Wij vergoeden éénmalig gedurende de looptijd van de verzekering per verzekerde de aanschaf- of huurkosten van een plasweccker voor 100% tot een maximum van € 85,00. Voorwaarde voor vergoeding:

- het hulpmiddel moet door uw behandelend arts zijn voorgeschreven.

8.4 *Hulpmiddelen bij thuisverpleging*

Wij vergoeden per verzekerde, voor de gehele duur van de verzekering éénmalig 75% van de aanschafkosten voor de volgende hulpmiddelen:

- heupondersteuningsband;
- aankleedstokje;
- aangepast bestek (en/of mes en/of vork en/of lepel);
- helping hand;
- leesstandaard;
- heupbeschermer.

Voorwaarde voor vergoeding:

- het hulpmiddel moet door uw behandelend arts of verloskundige zijn voorgeschreven.

8.5 Hulpmiddelen bij verpleging.

Wij vergoeden de huurkosten van de hierna genoemde hulpmiddelen:

- tot maximaal 6 maanden:
 - ondersteek (normaal of slofmodel);
 - haarwasbak;
 - draaischijf;
 - windring;
 - douchestoel;
 - toiletverhoger;
 - zitbad;
 - stoomketel;
 - infuusstandaard;
 - patiëntenlift;
 - toiletstoel.
- een (Medela) elektrische borstkolf, gedurende een periode van maximaal 3 weken tot een maximum van € 1,00 per dag;
- een (Bright Light) lichttherapie voor seizoendepressie, gedurende een periode van maximaal 10 dagen tot een maximum van € 7,00 per dag.

Voorwaarde voor vergoeding:

- de uitleentermijn van de thuiszorgorganisatie is verstreken.

8.6 Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden

Wij vergoeden de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes ten behoeve van anticonceptionele doeleinden voor verzekerden vanaf 21 jaar.

Voorwaarde voor vergoeding:

- het hulpmiddel moet door uw behandelend arts zijn voorgeschreven

27

9. Geboortezorg

Vrouwelijke verzekerden kunnen aanspraak maken op de in dit hoofdstuk vermelde vergoedingen of verstrekkingen, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico. Voor het pakket uit 9.1 en de vergoedingen uit 9.4 en 9.5 geldt geen eigen risico.

9.1 Kraampakket

Wij verzorgen een uitgebreid kraampakket.

Voorwaarde voor deze verstrekking:

- u dient uiterlijk 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum het kraampakket aan te vragen via de “Zorg en Zekerheid Kraamlijn” (telefoonnummer: 0900 222 44 66). Het kraampakket kan ook aangevraagd worden bij adoptie als het kind jonger is dan 6 maanden.

9.2 *Verloskundige hulp en bevalling*

Wij vergoeden de kosten van:

- verloskundige hulp door een verloskundige, huisarts of medisch specialist;
- het gebruik van een polikliniek, een verloskamer of een kraaminrichting.

9.3 *1. Kraamzorg door een kraamcentrum*

De verzekerde heeft recht op een vergoeding voor de kosten van:

- kraamzorg van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 aaneengesloten dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling;
- de inschrijving en intake door een kraamcentrum;
- partusassistentie tot maximaal 3 uur na de bevalling, verleend door een kraamcentrum.

Of

2. Tegemoetkoming in de kosten kraamzorg

De verzekerde heeft recht op een vergoeding van € 115,00 per dag gedurende een periode van 8 dagen vanaf de dag van de bevalling. Voor elke wegens ziekenhuisopname van de moeder in rekening gebrachte dag wordt € 115,00 in mindering gebracht.

28

Voorwaarden voor vergoeding van in deze paragraaf 9.3 vermelde kosten:

- de tegemoetkoming in de kosten voor kraamzorg moet na de bevalling worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid;
- aanmelding voor kraamzorg moet plaatsvinden via de Kraamlijn (telefoonnummer: 0900 222 44 66) uiterlijk vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum.

Slechts één van de bovengenoemde vormen van kraamzorg, genoemd onder paragraaf 9.3, wordt vergoed.

9.4 *Vergoeding verlengde kraamzorg*

Wij vergoeden de kosten van verlengde kraamzorg van maximaal 4 uur per dag voor 4 aaneengesloten dagen.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de zorg dient verleend te worden door een kraamcentrum;
- het kraamcentrum stelt de indicatie en vraagt vooraf telefonisch toestemming aan Zorg en Zekerheid;
- de verlengde kraamzorg dient aan te sluiten op de reguliere kraamzorg of op het ziekenhuisonslag na maximaal 10 dagen.

9.5 Vergoeding uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden uitgestelde kraamzorg voor maximaal 16 uur indien sprake is van een vacuüm-/tangverlossing, keizersnede, couveusekind of meerling en er geen aanspraak meer bestaat op reguliere en verlengde kraamzorg, aansluitend op het ontslag uit het ziekenhuis.

Voorwaarden voor vergoeding:

- deze aanspraak geldt tot maximaal 6 weken na de bevalling. Bij couveusekinderen, zodra ze uit het ziekenhuis zijn, geldt deze termijn van 6 weken niet. Bij adoptie van kinderen jonger dan 6 maanden bestaat eveneens recht op ten hoogste 16 uren kraamzorg;
- de zorg dient verleend te worden door een kraamcentrum;
- het kraamcentrum stelt de indicatie en vraagt vooraf toestemming aan Zorg en Zekerheid.

10. Ziekenvervoer

10.1 Ambulancevervoer

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer in Nederland indien en voor zover ander vervoer (openbaar vervoer, taxi of auto) om medische redenen niet verantwoord is.

29

Voorwaarde voor vergoeding:

- de kosten moeten verband houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van deze verzekering (kunnen) komen, daaronder begrepen de kosten die voor vergoeding krachtens de AWBZ in aanmerking (kunnen) komen.

10.2 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie

Wij vergoeden, na verrekening van de eigen bijdrage en met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer in de laagste klasse, vervoer per (eigen) auto of taxi) voorzover:

- a. De verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
- b. De verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- c. De verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
- d. Het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.

Wijze van aanvragen zittend ziekenvervoer:

- indien sprake is van een van de bovengenoemde indicaties neemt de verzekerde contact op met de Vervoerslijn onder nummer (071) 5 825 **700** en meldt de desbetreffende indicatie;
- door de Vervoerslijn wordt bepaald op welk soort vervoer de verzekerde recht heeft;
- indien de Vervoerslijn aangeeft dat taxivervoer noodzakelijk is, neemt de verzekerde contact op met de Zorgvervoercentrale Nederland onder nummer 0900 2 212 223.

Voorwaarden voor vergoeding van zittend ziekenvervoer:

- de vergoeding voor openbaar vervoer of gebruik van de (eigen) auto is gebaseerd op de kortst gebruikelijke afstand;
- de kosten moeten verband houden met een medisch noodzakelijke behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van deze verzekering komen. De kosten van medisch noodzakelijk vervoer naar en van een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ is opgenomen, worden vergoed tenzij het vervoer betreft in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

Wijze van declareren zittend ziekenvervoer:

30

- voor het declareren van de kosten moet u uw nota('s)/declaraties en afsprakenkaart naar Zorg en Zekerheid toesturen (zie voor inzendtermijn Rubriek D);
- de vergoeding voor medisch noodzakelijk vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,18 per kilometer.

Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer:

- voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 46,00 per gezin of € 23,00 per alleenstaande per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

11. Medisch specialistische hulp

11.1 Ziekenhuis

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van de Diagnose Behandeling Combinatie alsmede de overige kosten van onderzoek of behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis in Nederland.

De vergoeding heeft betrekking op:

- kostenbedrag(en);
- honorariumbedrag(en);
- de verpleegkosten van een meeverzekerd kind, dat niet ouder is dan drie maanden

- en vanwege de verpleging van de moeder ook in het ziekenhuis moet verblijven;
- de verpleegkosten van een gezonde moeder die vanwege de verpleging van een ziek kind dat niet ouder is dan drie maanden ook in het ziekenhuis moet verblijven.

Voorwaarden voor vergoeding:

- er dient sprake te zijn van een verwijzing door een andere medisch specialist, huisarts of bedrijfsarts;
- er moet sprake zijn van een gebruikelijke behandeling;
- voor plastisch-chirurgische, vormverbeterende ingrepen door een keel-, neus- en oorarts (KNO-arts), oogarts of plastisch chirurg dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben;
- voor ingrepen door een kaakchirurg dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben;
- voor behandeling in het Nederlands Astmacentrum Davos dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben;
- voor behandeling in Heideheuvel dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben.

11.2 *Zelfstandig behandelcentrum*

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van de Diagnose Behandeling Combinatie alsmede de overige kosten van onderzoek of behandeling door een medisch specialist in een door Zorg en Zekerheid gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum in Nederland.

31

De vergoeding heeft betrekking op:

- kostenbedrag(en);
- honorariumbedrag(en);
- de kosten van een verblijf tot maximaal 2 nachten in een bij het zelfstandig behandelcentrum aangesloten zorghotel in aansluiting op een operatieve behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding:

- vergoeding van de kosten van een zelfstandig behandelcentrum is mogelijk indien Zorg en Zekerheid hiermee een overeenkomst heeft gesloten;
- er dient sprake te zijn van een verwijzing door een andere medisch specialist, huisarts of bedrijfsarts;
- er moet sprake zijn van een gebruikelijke behandeling;
- voor plastisch-chirurgische, vormverbeterende ingrepen door een keel-, neus- en oorarts (KNO-arts), oogarts of plastisch chirurg dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben;
- voor ingrepen door een kaakchirurg dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben.

11.3 Extramuraal

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van de Diagnose Behandeling Combinatie alsmede de overige kosten van onderzoek of behandeling door een, door Zorg en Zekerheid gecontracteerde, extramuraal werkend medisch specialist in Nederland.

De vergoeding heeft betrekking op:

- kostenbedrag(en);
- honorariumbedrag(en).

Voorwaarden voor vergoeding:

- vergoeding van de kosten van een extramuraal werkend medisch specialist is mogelijk indien Zorg en Zekerheid met deze specialist een overeenkomst heeft gesloten;
- er dient sprake te zijn van een verwijzing door een andere medisch specialist, huisarts of bedrijfsarts;
- er moet sprake zijn van een gebruikelijke behandeling;
- voor plastisch-chirurgische, vormverbeterende ingrepen door een keel-, neus- en oorarts (KNO-arts), oogarts of plastisch chirurg dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben;
- voor ingrepen door een kaakchirurg dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben.

32

11.4 Nierdialyse

De kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij u thuis, worden door ons vergoed, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico.

In geval van thuisdialyse komen bepaalde niet-medische kosten, overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, eveneens voor een vergoeding in aanmerking.

Voorwaarde voor vergoeding:

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

11.5 Revalidatie

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van revalidatie in een klinische (opname) of poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Voorwaarden voor vergoeding:

- de kosten van revalidatie worden alleen vergoed wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist;
- de hulp voor de verzekerde is als meest doeltreffend aangewezen voor de voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat;
- de hulp moet verzekerde in staat stellen een dusdanige mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen van de verzekerde, redelijkerwijs mogelijk is;
- u dient vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld;
- klinische revalidatie wordt alleen vergoed als daarmee binnen een korte termijn betere resultaten te verwachten zijn dan met poliklinische revalidatie.

11.6 Erfelijkheidsonderzoek

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico:

- de kosten van onderzoek naar en van een erfelijke afwijking door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- de kosten van de erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding;
- adviesing in verband met noodzakelijk onderzoek bij andere personen.

33

Voorwaarde voor vergoeding:

- de hulp dient plaats te vinden op verwijzing van de huisarts of medisch specialist in een erkend centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

Uitsluiting:

- u kunt geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten van onderzoek van andere personen dan de verzekerde (deze komen voor rekening van de onderzochte persoon/personen).

11.7 Fertiliteitsbevordering

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van:

- de tweede en derde IVF-poging per te realiseren zwangerschap per behandelde vrouwelijke verzekerde;
- operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie in verband met ongewilde kinderloosheid;
- eenmalige donorselectie en conservering van het semen bij Kunstmatige Inseminatie Donor (KID).

Voorwaarden voor vergoeding:

- er dient sprake te zijn van een algemeen geaccepteerde medische indicatie;
- de hulp moet plaatsvinden op verwijzing van de medisch specialist;
- de behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudende instelling;
- er moet vooraf toestemming zijn verleend door Zorg en Zekerheid, waarbij aanvullende voorwaarden kunnen worden gesteld.

Uitsluitingen:

- er bestaat geen recht op vergoeding voor de kosten van de eerste IVF-poging per te realiseren zwangerschap;
- er bestaat geen recht op vergoeding voor de kosten van medicatie bij fertiliteitsbevorderende behandelingen, tenzij er sprake is van een tweede en derde IVF-poging.

11.8 Audiologische hulp

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van het onderzoek naar de gehoorfunctie, advisering over de aanschaf van gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en, indien noodzakelijk, psychosociale hulp bij problemen met een gestoorde gehoorfunctie.

34

Voorwaarden voor vergoeding:

- voor psychosociale hulp geldt dat deze wordt verleend door een door de overheid erkend audiologisch centrum;
- de hulp is voorgeschreven door een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts (KNO-arts).

11.9 Leukemie bij kinderen

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

11.10 Orgaantransplantaties

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van:

- de transplantatie van huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, nier/pancreas, hart, long, hartlong en lever (orthotoop);
- weefselyperingen die in verband met deze transplantaties zijn verricht en worden gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting;
- verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij/zij is verzekerd;

- medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen. De behandeling dient verband te houden met een door deze verzekering gedekte orgaantransplantatie;
- vervoer van de donor binnen Nederland in verband met selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis.

Voorwaarden voor vergoeding:

- u dient vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben;
- u kunt geen aanspraak maken op vergoedingen voor kosten van andere dan bovengenoemde organen en transplantaties.

11.11 Chronische intermitterende beademing

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten:

- die verband houden met mechanische beademing in een daartoe erkend beademingscentrum;

Of

- van de door het beademingscentrum ter beschikking gestelde apparatuur op het huisadres van de verzekerde.

Voorwaarde voor vergoeding:

- de beademing vindt plaats op voorschrift van een medisch specialist.

35

11.12 Trombosedienst

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van hulp door de trombosedienst.

Voorwaarde voor vergoeding:

- de hulp is voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.

11.13 Sterilisatie

11.13.1 Sterilisatie voor mannen

Wij vergoeden 100% van de kosten voor sterilisatie tot een maximum van € 150,00 indien de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis of huisarts wordt uitgevoerd.

11.13.2 Sterilisatie voor vrouwen

Wij vergoeden 100% van de kosten voor sterilisatie tot een maximum van € 700,00 indien de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.

11.14 *Second opinion*

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, de kosten van het raadplegen van een andere medisch specialist indien de behandelend medisch specialist een ingrijpende medische behandeling voorstelt.

11.15 *Flebologie/proctologie*

Wij vergoeden 100% van de kosten voor flebologische behandelingen (consult, verbandmiddelen en injecties) tot een maximum van € 150,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding:

- alleen kosten van behandeling van aderlijke aandoeningen (bv. spataderen, “open been”, aambeien) worden vergoed;
- er dient een verwijzing van huisarts of medisch specialist aanwezig te zijn;
- de behandeling wordt gegeven door arts-fleboloog of arts-fleboloog-proctoloog individueel;

Of

- in groepsverband in polikliniek of centrum voor flebologie.

11.16 *Besnijdenis zonder medische indicatie bij jongens*

36

Wij vergoeden éénmalig 100% tot max. € 150,00 van een besnijdenis zonder medische indicatie uitgevoerd door een (huis)arts in Nederland bij een mannelijke verzekerde tot 18 jaar.

12. Herstel en verblijf

12.1 *Herstellingsoorden*

Wij vergoeden de kosten voor verblijf in een herstellingsoord in Nederland tot een maximum van € 50,00 per dag met een maximum van € 1.500,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding:

- het herstellingsoord dient toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid;
- verblijf in een herstellingsoord dient op verwijzing van de behandelend arts plaats te vinden.

Of

12.2 *Hospice*

Wij vergoeden de kosten voor verblijf in een hospice in Nederland tot een maximum van € 50,00 per dag met een maximum van € 1.500,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding:

- verblijf in een hospice dient op verwijzing van de behandelend arts plaats te vinden.

Of

12.3 Zorghotel

Wij vergoeden de kosten voor verblijf in een Zorghotel in Nederland tot een maximum van € 50,00 per dag met een maximum van € 1.500,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding:

- verblijf in een Zorghotel dient op verwijzing van de behandelend arts plaats te vinden.

12.4 Kuurreizen

Wij vergoeden éénmaal in de twee kalenderjaren de kosten van een drieweekse kuurreis naar het buitenland tot een maximum van € 1.050,00 per verzekerde. Vergoed worden de reis-, verblijf- en behandelkosten.

Voorwaarden voor vergoeding:

- u lijdt aan reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew of artritis psoriatica;
- vooraf dient u een aanvraag voor toestemming bij Zorg en Zekerheid in met een onderbouwing van uw behandelend arts;
- de kuurreis moet georganiseerd zijn door een organisatie waarmee Zorg en Zekerheid afspraken heeft.

37

12.5 Logeerhuis

Wij vergoeden per verzekerde de verschuldigde eigen bijdrage tot een maximum van € 20,00 per dag of nacht voor verblijf in een aan een ziekenhuis verbonden logeerhuis bij opname van een gezinslid in een ziekenhuis in Nederland.

Voorwaarde voor vergoeding:

- het opgenomen gezinslid moet over een Zorg Basis Polis, Zorg Bewust Polis, Zorg Zeker Polis of Zorg Vrij Polis beschikken of aanvullend verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid.

12.6 Therapeutisch kamp voor jongeren

Wij vergoeden 100% van de kosten van verblijf en behandeling tot een maximum van € 350,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de verzekerde is jonger dan 18 jaar;
- de verzekerde lijdt aan CARA, Diabetes Mellitus (suikerziekte) of Cystic Fibrosis;
- het therapeutische kamp is in Nederland;
- de organisatie is in handen van een erkende patiëntenbelangenorganisatie.

12.7 Vervangende mantelzorg

Wij vergoeden de kosten van vervangende mantelzorg gedurende de periode van vakantie van uw mantelverzorger(s), tot een maximum van 6 weken per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de vervangende mantelzorg wordt geregeld door de Stichting Thuisverzorging Gehandicapten;
- u dient vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben.

13. Huidtherapie

13.1 Acnebehandeling

Wij vergoeden 100% van de kosten van de behandeling van acne tot een maximum van € 250,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist;
- de behandeling dient op verwijzing van een huisarts of dermatoloog plaats te vinden.

13.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden 100% van de kosten van de behandeling, de instructielessen alsmede de cosmetische producten voor camouflagetherapie tot een maximum van € 150,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de behandeling dient uitgevoerd te worden door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- er dient een verwijzing van een huisarts of medisch specialist te zijn;
- de huidafwijking bevindt zich in gezicht of hals.

13.3 Dermatografie (= medische tatoeage)

Wij vergoeden 100% van de kosten van dermatografie volgend op een medische behandeling tot een maximum van € 250,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding:

- er dient een verwijzing te zijn van een huisarts of medisch specialist;
- de behandeling dient uitgevoerd te worden door een huidtherapeut of dermatoloog.

13.4 Epilatie en/of laserontharing

Voor de vrouwelijke verzekerde vergoeden wij éénmalig voor de gehele duur van de verzekering 100% tot een maximum van € 1.500,00 van de kosten voor epilatie en/of laserontharing.

Voorwaarden voor vergoeding:

- u dient vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben;
- de beharing moet zich bevinden op plaatsen in het gelaat waar dat naar algemene opvattingen ongebruikelijk is;
- uw aanvraag voor een bijdrage in de kosten moet bij Zorg en Zekerheid ontvangen zijn voor aanvang van de behandeling inclusief een schriftelijke motivering van uw behandelend arts;
- de behandeling dient uitgevoerd te worden door een schoonheidsspecialist(e) of huidtherapeut.

13.5 Oedeemtherapie door een huidtherapeut

Wij vergoeden 100% van de kosten voor oedeemtherapie tot een maximum van € 900,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding:

- u dient vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben;
- de behandeling wordt verricht door een huidtherapeut;
- uw aanvraag voor een tegemoetkoming in de kosten moet bij Zorg en Zekerheid ontvangen zijn voor aanvang van de behandeling inclusief een schriftelijke motivering van de behandelend/verwijzend arts.

13.6 UV-B lichttherapie

Wij vergoeden 100% van de kosten voor UV-B lichttherapie tot een maximum van € 750,00 per verzekerde, per kalenderjaar voor:

- poliklinische (dag-)behandeling door een huidarts;
- Of**
- aanschaf of huur van UV-B lichtapparatuur voor thuisgebruik.

Voorwaarden voor vergoeding:

- u lijdt aan vitiligo of aan psoriasis die niet gunstig reageert op de algemeen gebruikelijke therapieën;
- de behandeling is voorgeschreven door de behandelend arts;

- bij de eerste nota dient een gemotiveerde medische onderbouwing van de behandeling te worden meegezonden.

Als u kiest voor de aanschaf van de UV-B lichtapparatuur dan kunt u 24 maanden lang geen kosten declareren voor behandelingen of aanschaf van nieuwe lichtapparatuur.

13.7 Voetverzorging voor diabetici

Wij vergoeden 100% van de kosten van voetverzorging voor diabetici tot een maximum van € 210,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding:

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een pedicure die in het bezit is van het certificaat "voetverzorging bij diabetici".

14. Buitenland

14.1 Tabletten/injectie(s)/consulten wegens voorgenomen verblijf in het buitenland

Wij vergoeden, conform de geldende GGD-lijst, de kosten van tabletten/injectie(s)/consulten en het vaccinatieboekje wegens een voorgenomen verblijf of tijdens verblijf in het buitenland voor 100% tot een maximum van € 150,00 voor:

- hepatitis A en B;
- gele koorts;
- cholera;
- DTP;
- tyfus;
- malaria.

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor:

- muggen crème en -olie;
- laboratoriumonderzoeken;

14.2 Niet-spoedeisende medische zorg in een lidstaat van de Europese Unie

Bij verblijf in een lidstaat van de Europese Unie heeft u, met inachtneming van het voor de polis geldende eigen risico, gedurende 1 jaar recht op een vergoeding van de kosten van niet-spoedeisende medische zorg.

Voorwaarden voor vergoeding:

- men dient vooraf toestemming te krijgen van Zorg en Zekerheid;
- de vergoeding is beperkt tot maximaal 100% van de kosten zoals deze in Nederland voor een vergelijkbare behandeling zouden zijn vergoed;
- de kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed krachtens deze verzekering;
- kosten voor medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi of eigen auto

worden vergoed tot het bedrag dat gelijk is aan de kosten van vervoer tussen de woonplaats van verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend indien deze in Nederland zou zijn geboden. Maakt u gebruik van eigen vervoer dan vergoedt Zorg en Zekerheid € 0,18 per kilometer;

- er moet sprake zijn van een gebruikelijke behandeling.

14.3 Algemene voorwaarden voor vergoeding van de kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp in het buitenland.

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

- bij het vertrek naar het buitenland niet kon worden voorzien dat de geneeskundige en/of tandheelkundige hulp nodig zou zijn;
- het verkrijgen van geneeskundige en/of tandheelkundige hulp niet uitsluitend of mede het doel van het verblijf in het buitenland is;
- uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland niet medisch verantwoord is;
- bij een ziekenhuisopname, in geval van een langdurige medische behandeling, bij meer dan tweemaal poliklinische behandeling zonder uitstel contact opgenomen is met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (0031 70 31 414 14), of eventueel per telegram, e-mail (alarmcentrale@anwb.nl), telex of fax (0031 70 31 470 40);
- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist meegestuurd wordt;
- de vakantie- of zakenreis samen en aaneengesloten niet langer dan drie maanden duurt. Onder vakantie-reizen worden ook dag- en weekendtrips gerekend;
- de stage- of studieperiode samen en aaneengesloten niet langer dan drie maanden duurt en er, na overlegging van een stage- of studieverklaring en een IBG-verklaring, door Zorg en Zekerheid toestemming is verleend.

41

14.4 Spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland

Wij vergoeden de onderstaande kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie- of zakenreis (inclusief ski- en langlaufsport), stage- of studieperiode in Europa op basis van kostprijs. De vergoeding voor de onderstaande kosten in de overige landen van de wereld is beperkt tot maximaal 200% van de kosten zoals deze in Nederland voor een vergelijkbare behandeling zouden zijn vergoed (de kosten in het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam worden als uitgangspunt genomen).

a. Geneeskundige kosten

Wij vergoeden de kosten van:

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

- medisch noodzakelijk vervoer per taxi, eigen of openbaar vervoer. Maakt u gebruik van eigen vervoer, dan vergoedt Zorg en Zekerheid € 0,18 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie- en/of zakenreis;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland;
- een vooraf gemachtigde en getarifeerde nierdialyse.

b. Tandheelkundige kosten

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige noodhulp op basis van kostprijs tot een maximum van € 345,00 per vakantie en/of zakenreis, per verzekerde. De kosten van kronen en brugwerk worden niet vergoed.

c. Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen.

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarde voor vergoeding:

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

Uitsluiting:

- kosten van repatriëring op sociale (zijnde niet-medische) gronden worden niet vergoed;

d. De kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale

Verzekerd zijn de kosten van organisatie en bemiddeling door de ANWB Alarmcentrale in verband met de volgende gebeurtenissen:

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

14.5 Overwinteraars

Wij vergoeden spoedeisende, medisch noodzakelijke hulp als u in de winter in het buitenland verblijft.

Voorwaarden voor vergoeding:

- a. U overwintert in Frankrijk, Portugal, Griekenland, Italië, Spanje of Turkije;
- b. U verblijft daar langer dan drie maanden in de periode van 1 oktober tot en met 31 maart;
- c. De overige bepalingen uit artikel 14.3, 14.4 en 14.6 blijven onverminderd van kracht.

14.6 Uitsluitingen

Er bestaat geen recht op vergoeding van geneeskundige en/of tandheelkundige kosten en/of kosten voor hulpverlening in het buitenland in het geval er sprake is van:

- a. Verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies geldt van het Ministerie van Buitenlandse Zaken of ANVR;
- b. Kosten die voortvloeien uit skispringen, ski-vliegen, ski-jöring, ski-alpinisme, tour-skiën, gletscherskiën, gletschertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, para-skiën, heli-skiën, het onderdeel figuurspringen van freestyle-skiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen). Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet vermeld staat, verzoeken wij u contact op te nemen met Team Buitenland (071) 5 825 266 of buitenland@zorgenzekerheid.nl;
- c. Kosten die voortvloeien uit risicovolle sporten, zoals deltavliegen, parachutespringen, zeilvliegen en dergelijke, vechtsporten, wielervedstrijden, rugby, wildwatervaren, paardenrenwedstrijden, zeezeilen in wedstrijdverband en bergtochten anders dan op begaanbare wegen en paden, sportduiken (zonder brevet of zonder professionele begeleiding). Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet vermeld staat, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (071) 5 825 266 of buitenland@zorgenzekerheid.nl;
- d. Kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31^{ste} week.

43

14.7 Indienen en vergoeding van nota's Buitenland

- a. Bij declaraties uit het buitenland moet, naast de originele nota, ook een declaratieformulier worden ingediend. Dit formulier is verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid. De originele nota tezamen met het declaratieformulier kunt u opsturen naar: Zorg en Zekerheid, t.a.v. Team Buitenland, postbus 400, 2300 AK te Leiden;
- b. De originele nota's moeten uiterlijk voor 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij Zorg en Zekerheid zijn ingediend;
- c. De originele nota's moeten zodanig zijn gespecificeerd dat Zorg en Zekerheid er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding zij is gehouden. Computernota's moeten door de zorgverlener gemarkeerd zijn;
- d. Nota's dienen bij voorkeur in het Frans, Duits of Engels te worden opgesteld.

- Originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag voor Zorg en Zekerheid duidelijk is welke vergoeding op grond van de voorwaarden moet worden uitgekeerd;
- e. Indien Zorg en Zekerheid het noodzakelijk acht dat de ingediende nota('s) vertaald moet(en) worden dan kan Zorg en Zekerheid de verzekerde verzoeken om de nota('s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler;
 - f. Vertaalkosten, als bedoeld in het voorgaande lid, komen niet voor een vergoeding in aanmerking;
 - g. De vergoeding van de gemaakte kosten vindt plaats in Nederland in Euro's. Dit na verrekening van de omrekenkoers conform de richtlijnen van het College voor zorgverzekeringen. Mocht deze koers ontbreken, wordt de omrekenkoers gehanteerd van de dag van behandeling, tenzij er sprake is van een duidelijke afwijking van de parallelkoers of van het ontbreken van een notering.

15. Preventie

Algemene voorwaarden voor vergoedingen:

- bij de declaratie dient u een nota op te sturen waaruit is af te leiden op welke data de onderzoeken, cursussen, voorlichting of het advies hebben plaatsgevonden;
- de organisatie die de preventieve cursussen, de voorlichting of het advies organiseert, dient hiervoor toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid.

44

15.1 Preventieve onderzoeken

Wij vergoeden, met inachtneming van het voor uw polis geldende eigen risico, de kosten van de volgende onderzoeken:

- hart-bloedvaten onderzoek (Doppler onderzoek);
- allergietest;
- gehoortest;
- diabetesonderzoek.

Voorwaarde voor vergoeding:

- het onderzoek moet worden uitgevoerd door uw huisarts.

15.2 Preventieve cursussen

Wij vergoeden de kosten van het volgen van één of meerdere preventieve cursussen tezamen voor 100% tot een maximum van € 175,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

De vergoeding geldt voor één of meerdere cursussen tezamen:

- afvallen bij overgewicht;
- leren omgaan met;
- stoppen met roken;
- EHBO bij kinderen;

- alcohol-training;
- prenatale zwangerschapsgymnastiek voor vrouwen.

15.3 Verantwoord bewegen

Wij vergoeden 100% van de kosten tot een maximum van € 115,00 per verzekerde, per kalenderjaar voor:

De vergoeding geldt voor één of meerdere cursussen tezamen:

- medisch verantwoorde trainingsprogramma's;
- meer bewegen voor ouderen (MBVO).

15.4 Overgangsconsulente

Wij vergoeden voor een overgangsconsulente 100% van de kosten tot een maximum van € 150,00 per verzekerde, per kalenderjaar.

15.5 Sport medisch advies (SMA)

Consulten en/of keuring.

Wij vergoeden 100% van de kosten tot een maximum van € 115,00 per verzekerde, per kalenderjaar voor consulten en/of keuringen gegeven c.q. verricht door een geregistreerd sportarts in sportgeneeskundig gespecialiseerde centra (SMA's, SGA's).

45

16. Overige

16.1 Alarmering op sociale indicatie

Wij vergoeden de kosten van de verschuldigde eigen bijdrage van de huur van een alarmeringssysteem tot een maximum van € 5,00 per maand.

16.2 Bezoekkosten opgenomen gezinslid

Wij vergoeden de kosten tot een maximum van € 300,00 van vervoer van het woonadres naar de instelling en terug, bij opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland of het astmacentrum in Davos, van een bij Zorg en Zekerheid verzekerd gezinslid.

Voorwaarden voor vergoeding:

- het opgenomen gezinslid moet over een Zorg Basis Polis, Zorg Bewust Polis, Zorg Zeker Polis of Zorg Vrij Polis beschikken of aanvullend verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid;
- de vergoeding wordt gebaseerd op basis van de kortst gebruikelijke afstand;
- de vergoeding wordt verleend op basis van de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse;
- indien u gebruik maakt van de (rolstoel)taxi, wordt de vergoeding verleend op basis van de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse;

- indien u reist met eigen vervoer, geldt de kilometervergoeding van € 0,18 per kilometer. De enkele reisafstand wordt verminderd met 20 kilometer (40 kilometer retour) waarvan de kosten voor eigen rekening blijven;
- het is voor één bezoek per dag;
- bij de declaratie dient onder vermelding van de naam van de opgenomen en bezoekende verzekerde te worden aangegeven in welk ziekenhuis en gedurende welke periode de bezochte verzekerde opgenomen is geweest.

16.3 *Zorgbemiddeling*

Wij regelen zorgbemiddeling op verzoek van de verzekerde voor niet-spoedeisende, noodzakelijke medische behandelingen waar een wachttijd voor bestaat.

Voorwaarde voor bemiddeling:

- verzekerde dient de zorgbemiddeling aan te vragen via Zorg en Zekerheid telefoonnummer (071) 5 825 **828** of via het aanvraagformulier voor zorgbemiddeling op www.zorgenzekerheid.nl.

Rubriek C. Verzekeringsvoorwaarden

Van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.

1. Algemeen

Regelingen met betrekking tot de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde onderwerpen welke door Zorg en Zekerheid afzonderlijk worden voorgesteld, worden geacht van deze verzekeringsvoorwaarden deel uit te maken nadat deze aan de verzekerden zijn medegedeeld.

2. Aanmelding

2.1 Aanvraag

De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend aanvraagformulier alsmede de eventuele daarnaast verstrekte gegevens. De aanvrager verleent kosteloos alle medewerking aan Zorg en Zekerheid bij het verkrijgen van inlichtingen of bij onderzoeken die Zorg en Zekerheid noodzakelijk acht voor de beoordeling van de aanvraag.

2.2 Kinderen

Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is de verzekering vanaf de geboorte van kracht mits:

- zij binnen 60 dagen na hun geboorte schriftelijk worden aangemeld;
- er geen verzekeringsovereenkomst op basis van de Standaard Pakket Polis kan worden gesloten.

Dit geldt eveneens voor adoptief- en pleegkinderen met ingang van de datum van de feitelijke opnemning van het kind in het gezin in Nederland, met dien verstande dat, afhankelijk van acceptatie door Zorg en Zekerheid, op grond van de gezondheidstoestand van het kind een polis aangeboden wordt welke gelijk is aan één van de ouders of een verzekeringsovereenkomst op basis van de Standaard Pakket Polis kan worden gesloten.

Alle daarvoor in aanmerking komende kinderen zijn verzekerd onder deze polis.

2.3 Weigering van aanvraag

Zorg en Zekerheid kan de aanvraag weigeren indien er eerder sprake is geweest van een verzekering en deze is beëindigd omdat de verschuldigde premie niet is voldaan. Tevens kan Zorg en Zekerheid de aanvraag weigeren indien de verzekering eerder is beëindigd in verband met hetgeen is bepaald in 3.2. b onder 1, 2 en 3.

2.4 Aanvaarding polis

Door aanvaarding van de polis neemt verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat deze in voor de juistheid en volledigheid van de aan Zorg en Zekerheid verstrekte mededelingen.

2.5 Verzwijging

Zorg en Zekerheid is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering, zonder inachtneming van een opzegtermijn, op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen indien de gegevens op het aanvraagformulier of gegevens die op andere (schriftelijke) wijze aan Zorg en Zekerheid zijn verstrekt onvolledig of in strijd met de waarheid zijn. Dit geldt tevens indien omstandigheden verzwegen worden welke van dien aard zijn dat de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten wanneer Zorg en Zekerheid daarvan kennis had genomen. Dit laat onverkort het recht van Zorg en Zekerheid een beroep te doen op nietigheid van de verzekering conform artikel 251 Wetboek van Koophandel. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van verzwijging onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

2.6 Inlichtingen

De verzekeringnemer machtigt Zorg en Zekerheid omtrent bestaande of vroegere ziekten en gebreken alle inlichtingen in te winnen, die Zorg en Zekerheid noodzakelijk acht. De verzekeringnemer verplicht zich om desverzocht alle hiervoor in aanmerking komende artsen en andere instanties te machtigen de gevraagde inlichtingen aan de medisch adviseur te verstrekken.

2.7 Persoonsregistratie

- a. De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering worden de verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing;
- b. Zorg en Zekerheid kan uw gegevens, met uitzondering van medische gegevens, verstrekken aan Zorg en Zekerheid Assurantiebemiddeling B.V. om u te informeren over andere activiteiten. Indien u geen prijs stelt op informatie over andere activiteiten kunt u dit schriftelijk melden bij Zorg en Zekerheid.

3. Aanvang en beëindiging van de verzekering

3.1 Termijn

- a. De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad omschreven periode;
- b. Indien de verzekering ingaat op een andere datum dan 1 januari wordt de verzekering afgesloten voor het lopend jaar en het kalenderjaar daarop volgend;
- c. Na afloop van de op het polisblad omschreven periode wordt de verzekering stilzwigend met 1 kalenderjaar verlengd.

3.2 Beëindiging

- a. De verzekering eindigt:
 - na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer schriftelijk en aangetekend 2 maanden voor het einde van de lopende termijn de verzekeringsovereenkomst heeft opgezegd;
 - op het tijdstip waarop de verzekerde niet langer zijn vaste woonplaats heeft in Nederland;
 - op de eerste van de maand waarin de verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt. Verzekerde kan aansluitend bij Zorg en Zekerheid een verzekering afsluiten op basis van een Standaard Pakket Polis;
 - voor kinderen die tijdens de duur van de verzekering de 18 jarige leeftijd bereiken, is deze verzekering per de eerste van de daarop volgende maand niet meer van kracht. Aansluitend kunnen zij zonder acceptatie, tegen de premies en voorwaarden die op dat moment gelden, zelfstandig een soortgelijke verzekering afsluiten;
 - bij overlijden van verzekeringnemer of verzekerde;
 - met ingang van de dag waarop Zorg en Zekerheid, onder overlegging van (een kopie van) het bewijs van inschrijving in het ziekenfonds of publiekrechtelijke ziektekostenregeling, deze mededeling heeft ontvangen, maar niet eerder dan de ingangsdatum van de bovengenoemde ziektekostenregeling;
 - door opzegging van de verzekerde wegens wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, verzekeringspakket en/of de premie, zoals bedoeld in 7.1 en wel op de wijze als in 7.3 is bepaald.
- b. De verzekering kan door Zorg en Zekerheid worden beëindigd:
 - door middel van schriftelijke opzegging en met ingang van een door Zorg en Zekerheid te bepalen tijdstip in geval van:
 1. onjuiste opgave of verzwijging als bedoeld in 2.5;
 2. schorsing als bedoeld in 6.2 d onder 1;
 3. (poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdragingen door de verzekeringnemer/verzekerde.
 - door opzegging van dan wel ontzetting uit het lidmaatschap door het Bestuur van Zorg en Zekerheid en wel op de dag dat het lidmaatschap deswege eindigt.

49

3.3 Fraudevervalbeding

- a. Er bestaat geen recht op vergoeding van de kosten indien de verzekeringnemer/verzekerde bij het aanspraak maken op vergoedingen en/of verstrekkingen, voor de beoordeling van de aanspraak van belang zijnde feiten en omstandigheden heeft verzwegen en/of valse opgaven heeft verstrekt met opzet Zorg en Zekerheid te misleiden;
- b. Indien sprake is van fraude, als bedoeld onder a, heeft het verval van recht op vergoeding van de kosten betrekking op de volledig ingediende aanspraak voor vergoedingen en/of verstrekkingen en daarmee ook voor de onderdelen van de ingediende aanspraak waarbij geen feiten en omstandigheden zijn verzwegen of geen onware opgaven zijn gedaan;
- c. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van fraude, als bedoeld onder lid a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

4. Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde

4.1 Verplichtingen

- a. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de behandelend arts of medisch specialist te machtigen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid;
- b. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht bij medisch-specialistische zorg en paramedische zorg een verwijzing van de medisch specialist, huisarts, bedrijfsarts of tandarts te overleggen indien Zorg en Zekerheid hierom vraagt;
- c. 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;
- d. 1. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid wordt meegedeeld (met uitzondering van de omstandigheid als bedoeld in 2.2).

Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:

- adreswijziging;
 - huwelijk, aangaan van een samenlevingsverband;
 - overlijden;
 - wijziging bank- of gironummer;
- 2 Door het nalaten van het onder d1 bepaalde vervalt een eventueel recht op restitutie van de premie. Wanneer de wijziging niet binnen 30 dagen (of 60 dagen in geval van 2.2) aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de wijziging pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum;
- e De verzekeringnemer/verzekerde moet er op toezien dat op het polisblad de noodzakelijke wijzigingen zijn aangebracht;
 - f De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht 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;
 - g Het is de verzekeringnemer/verzekerde 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;
 - h De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen vóór 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Alleen originele nota's, of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Er dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken, volledig ingevulde sticker en/of declaratieformulier buitenland;
 - i Alle gevolgen voortvloeiend uit het niet of niet tijdig nakomen van de genoemde verplichtingen zijn voor risico van de verzekeringnemer/verzekerde;

- j De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht zich te onthouden van handelingen waardoor Zorg en Zekerheid in haar belangen kan worden geschaad. Wanneer de belangen van Zorg en Zekerheid worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden ook al is reeds tot vergoeding over gegaan.

Kennisgevingen van Zorg en Zekerheid aan de verzekeringnemer, gericht aan diens laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

4.2 Vrije keuze

De verzekeringnemer/verzekerde is vrij in de keuze van zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie, tenzij anders bepaald in de voorwaarden.

5. Dekking

5.1 Wachtijd

De verzekeringnemer/verzekerde heeft een wachttijd van 12 maanden voor de tandheelkundige vergoedingen (rubriek B 2.1.2, 2.1.3, 2.2, 2.4, 2.8) en vergoedingen voor geboortezorg (rubriek B, 9.1, 9.4, 9.5) na ingangsdatum van de verzekering. Voor de verstrekkingen paramedische behandelingen (rubriek B 3.1.1.2, 3.1.2.2, 3.2.2, 3.2.3, 3.3.2, 3.6, 3.7) psychologische zorg (rubriek B 4), alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen (Rubriek B 6) en brillenglazen, contactlenzen en brilmontuur (rubriek B 7) geldt een wachttijd van 6 maanden. Wenst de verzekeringnemer/verzekerde een polis met een uitgebreidere dekking, dan is de hiervoor genoemde wachttijd voor de daarbij aangegeven verstrekkingen van toepassing voor het meerdere van de dekking. Indien verzekeringnemer/verzekerde direct voorafgaand aan de ingangsdatum van deze verzekeringsovereenkomst elders een gelijkwaardige aanvullende ziektekostenverzekering had, dan is de wachttijd niet van toepassing. Het bestuur kan anders besluiten.

51

5.2 Dekking gedurende de looptijd

- a. Er bestaat uitsluitend recht op verstrekkingen c.q. vergoeding van kosten die zijn gemaakt gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst. De datum van de behandeling of levering is bepalend voor de vaststelling van het recht op vergoeding. Een en ander met inachtneming van hetgeen is bepaald in de artikelen 2.5, 5.1, 6.2 d onder 1 en 8.2 b onder 1;
- b. De dekking is beperkt tot de bedragen als aangegeven in de polisvoorwaarden;
- c. De inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van verstrekkingen en/of vergoedingen worden door het bestuur vastgesteld en gehoord door de ledenraad. De verstrekkingen en/of vergoedingen worden via de polisvoorwaarden bekendgemaakt aan de verzekeringnemer/verzekerde op een door het bestuur te bepalen wijze. Het bestuur heeft het recht bepaalde verstrekkingen en/of vergoedingen buiten de wachttijd uit te sluiten of een extra wachttijd in te stellen.

6. Premie

6.1 Premiesamenstelling

- de verzekeringnemer/verzekerde is premie verschuldigd voor maximaal twee kinderen;
- de leeftijd en woonplaats van de verzekeringnemer/verzekerde op 1 januari van een jaar is bepalend voor de premie van dat jaar, tenzij anders vermeld;
- voor verzekeringnemer/verzekerden die bij toetreding 55 jaar of ouder zijn wordt een leeftijdstoeslag van 50% van de geldende premie opgelegd. De leeftijdstoeslag wordt niet opgelegd aan verzekerden die direct voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering als ziekenfondsverzekerden stonden ingeschreven bij de Onderlinge Waarborg Maatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

6.2 Premiebetaling

- a. De premie is, per door het bestuur te bepalen tijdvak, bij vooruitbetaling verschuldigd en moet op een door het bestuur te bepalen wijze worden betaald;
- b. Het is de verzekerde niet toegestaan de premie te verrekenen met de door Zorg en Zekerheid te verlenen uitkeringen;
- c. De verzekerde is verplicht tot tijdige premiebetaling en kan zich, onder meer bij ingebrekestelling wegens het niet betalen van de premie op de vervaldag, nimmer beroepen op het feit dat de premie niet tijdig is geïnd;
- d.
 - 1 Indien de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie kan Zorg en Zekerheid schriftelijk aanmanen tot een betaling binnen 30 dagen. Bij niet voldoening binnen deze termijn wordt de dekking geschorst vanaf de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer/verzekerde blijft verplicht de premie te voldoen;
 - 2 Aanspraken op vergoedingen en/of verstrekkingen herleven weer op de dag volgend op de dag waarop het verschuldigde bedrag inclusief de kosten door Zorg en Zekerheid is ontvangen. Voor de kosten waartoe de noodzaak of de verwachting om deze te maken zich heeft geopenbaard in de tijd dat de dekking van de verzekering was geschorst in verband met premieachterstand is Zorg en Zekerheid geen vergoeding verschuldigd;
- e. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten zowel in als buiten rechte, voor rekening van de degene die de premie verschuldigd is. 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.

6.3 Premierestitutie

- in geval van overlijden van de verzekerde vindt restitutie van het teveel betaalde premiebedrag plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum;
- in geval van beëindiging in verband met toetreding tot een ziekenfonds of een publiekrechtelijke ziektekostenregeling wordt het teveel betaalde premiebedrag gerestitueerd tot de dag als bedoeld in 3.2 a onder het 6^{de} streepje;
- in geval van beëindiging naar aanleiding van hetgeen is bepaald in rubriek C7 wordt het teveel betaalde premiebedrag gerestitueerd tot de dag als bedoeld in 7.3 .

7. Wijziging van de premie en/of voorwaarden

7.1 Wijziging

Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of premie van de bij Zorg en Zekerheid lopende verzekering en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. De wijzigingen worden op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum doorgevoerd. Zorg en Zekerheid maakt, eventueel op premienota's, de wijzigingen bekend.

7.2 Kennisgeving wijziging

Zorg en Zekerheid zal, voor de datum van ingang van de wijziging van de voorwaarden en/of premie, deze wijzigingen bekendmaken aan verzekeringnemer/verzekerde tenzij het wijzigingen van ondergeschikte aard betreft die een vermeerdering van de rechten van de verzekerde inhouden.

7.3 Recht van opzegging

De verzekeringnemer/verzekerde die zich met de gewijzigde voorwaarden en/of premie niet kan verenigen, kan door opzegging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging van de verzekering binnen 30 dagen nadat de wijziging door Zorg en Zekerheid bekend is gemaakt schriftelijk en aangetekend bij Zorg en Zekerheid indienen. Zorg en Zekerheid beëindigt de verzekering met ingang van de datum van de wijziging met restitutie van de reeds voldane premie.

53

7.4 Voortzetting verzekering

Heeft Zorg en Zekerheid voor de 31^{ste} dag na de bekendmaking van de wijziging geen schriftelijk verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7.5 Geen recht van opzegging

De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:

- a. Bij een herziening van de voorwaarden en/of premie, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
- b. Bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking;
- c. Bij een herziening die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens van een verzekerde;
- d. Bij verhuizing naar een regio zonder regiokorting.

8. Eigen risico

8.1 *Het eigen risico*

- a. Het op het polisblad genoemde eigen risico is per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde;
- b. Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het eigen risico uitkomen. Het 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;
- c. Indien een opname in een ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begint, is voor die opname slechts één keer het gekozen eigen risico van toepassing;
- d. Indien voor een onderdeel van het verzekerde pakket een speciaal eigen risico of een eigen bijdrage geldt, zal bij berekening van de uitkering eerst dit speciale eigen risico of deze eigen bijdrage en daarna het op het polisblad vermelde algemene eigen risico in mindering worden gebracht;
- e. Indien de verzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat wordt het eigen risico met 1/12 voor iedere voor de ingangsdatum van de verzekering reeds verstreken maand van het kalenderjaar verminderd. Daarbij geldt dat het bedrag van het eigen risico niet lager wordt gesteld dan op 1/4 van het voor deze verzekering overgeekomen eigen risico;
- f. Bij beëindiging of schorsing van de verzekering in de looptijd van het kalenderjaar zal geen restitutie of vermindering van het eigen risico plaatsvinden;
- g. Wijziging van het geldende eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar. Bij verzoek om verlaging van het eigen risico dient, voor een medische beoordeling, een ingevuld gezondheidsvragenformulier te worden meegezonden.

8.2 *Betaling eigen risico*

- a. Indien Zorg en Zekerheid gedekte medische kosten rechtstreeks heeft vergoed aan een hulpverlener 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;
- b. 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 31^{ste} 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 de degene die het eigen risico verschuldigd is. De buitengerechtigde 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.

9. Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten:

- a. In verband met ziekten en afwijkingen welke reeds bestonden voor het aanvragen van de verzekering of bij uitbreiding van de dekking (verhoging van de verpleegklasse of verlaging van het eigen risico), indien de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan reeds kennis droeg of klachten ondervond.
Het onder 9a. bepaalde is niet van toepassing:
 - indien de verzekeringnemer Zorg en Zekerheid van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en Zorg en Zekerheid daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering of de uitbreiding van de dekking geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld;
 - bij een uitbreiding van de dekking zoals bedoeld in 7.5;
- b. Van opname indien voortzetting van ziekenhuisopname medisch gezien niet meer noodzakelijk is, naar het oordeel van de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid;
- c. Voor de verschuldigde eigen bijdragen en eigen betaling krachtens de AWBZ en van bevolkingsonderzoeken;
- d. Voor onderzoeken en behandelingen die naar wetenschappelijke opvattingen niet algemeen aanvaard, niet gebruikelijk zijn in het kader van de uitoefening van het beroep of specialisme of niet opgenomen zijn in de wettelijke omschrijving van de beroepsuitoefeningen;
- e. Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met opzet of grove schuld van de verzekerde of als zij het gevolg zijn van of verband houden met enig misdrijf waaraan de verzekerde opzettelijk heeft deelgenomen;
- f. Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlogen, onlusten in binnen- en/of buitenland, oproer, opstand, rellen en opstoten, muiterij;
- g. Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met terrorisme voor zover niet anders is bepaald in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden NV. Het clauseleblad is op 12 juni 2003 ter griffie van de Rechtbank Amsterdam gedeponereerd onder nummer 78/2003;
- h. 1. Indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
2. De uitsluiting onder 9h.1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten de kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder “kerninstallatie” wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979225);

3. Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 9h.2 geen toepassing;
- i. Gedurende de wachttijd als bedoeld in 5.1;
- j. Indien en voor zover u daarop aanspraken heeft ingevolge de Ziekenfondswet, de (Studenten) Standaard Pakket Polis of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- k. Indien de kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in rubriek B14;
- l. Die verbonden zijn aan behandelingen van plastisch-chirurgische aard, tenzij sprake is van een indicatie die conform het “Vergoedingenbesluit particulier verzekerden” en het “Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden” voor vergoeding in aanmerking komt;

De gemotiveerde aanvraag dient vooraf plaats te vinden. In bovengenoemde gevallen dient tevens een medische noodzaak aanwezig te zijn naar het oordeel van de medisch adviseur. In ieder geval zijn uitgesloten kosten voor vormverbeterende operaties, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

m. Van:

- Frischzellentherapie en KH3-behandelingen;
- zwangerschapsonderbrekingen, tenzij deze zijn verricht door een gynaecoloog in een ziekenhuis;
- huisartsenhulp tijdens ziekenhuisopname;
- onderzoek door een psychiater;
- het ongedaan maken van een ondergane sterilisatie (waaronder rekanalisatie);
- middelen en geneesmiddelen betrekking hebbend op haargroei;
- chelatietherapie;
- keuringen en attesten;
- privé-klinieken en zelfstandige behandelcentra waarmee Zorg en Zekerheid geen overeenkomst heeft.

56

10. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

10.1 Verstrekkingsen

De verzekeraar is uitvoeringsorgaan van de AWBZ. Aanspraken op verstrekkingsen krachtens de AWBZ worden conform deze wet gehonoreerd. In het kort omvatten deze verstrekkingsen o.a.:

- opname in een verpleeghuis;
- opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis;
- niet-klinische psychiatrische behandeling.

10.2 Recht op verstrekkingsen

Aanspraak op verstrekkingsen krachtens de AWBZ bestaat uitsluitend voor zover de verstrekte hulp en middelen worden geboden dan wel geleverd:

- door personen of instellingen met wie Zorg en Zekerheid als uitvoeringsorgaan van de AWBZ overeenkomsten in de zin van de wet heeft gesloten;
- na vooraf gevraagde en door het uitvoeringsorgaan van de AWBZ verleende toestemming.

10.3 Polisdekking

Voor verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop de verzekerden op grond van die wet geen recht hebben, kunnen verzekerden evenmin recht op vergoeding ontleen aan deze verzekering.

11. Sluimerverzekering

Voor de verzekeringnemer/verzekerde tot de leeftijd van 50 jaar bestaat de mogelijkheid de verzekering te laten sluimeren tegen een gereduceerd tarief van 8% van het dan geldende tarief en dient men verzekerd te zijn bij de O.W.M. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. Bij het opnieuw doen ingaan van de dekking is dan geen gezondheidsverklaring vereist. Tijdens de sluimerdekking geldt voor op de polis verzekerde personen geen recht op dekking. Indien u elders verzekerd bent, bestaat tevens de mogelijkheid om gebruik te maken van de sluimerverzekering. Wel geldt er dan een medische acceptatie.

12. Vrijwaring van aansprakelijkheid

Zorg en Zekerheid is jegens de verzekeringnemer/verzekerde niet aansprakelijk voor schade door haar/hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling, niet zijnde de verzekeraar, tot wie of welke de verzekeringnemer/verzekerde zich heeft gewend om haar/zijn aanspraak op een vergoeding in het kader van deze voorwaarden geldend te maken.

13. Dubbele dekking

- a. U kunt geen aanspraak maken op vergoeding of verstrekkingen indien de kosten zijn ontstaan door ziekten en/of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling 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;
- b. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder de lid a. genoemde verzekeringen en regelingen is verleend of zou zijn verleend, indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan.

14. Geschillen

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met betrekking tot de uitvoering van deze verzekering kunt u schriftelijk, binnen 12 weken nadat de beslissing aan u is meegedeeld, een klacht indienen bij:

Zorg en Zekerheid
t.a.v. de Klachtencommissie
Postbus 400
2300 AK Leiden

Indien u het niet eens bent met de beslissing die Zorg en Zekerheid heeft genomen over uw klacht of u heeft binnen 1 maand na het indienen van de klacht geen reactie ontvangen, heeft u de mogelijkheid zich te wenden tot:

Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 291
3700 AG Zeist

15. Bedenktijd

58

Mocht na ingang van de verzekering deze niet aan uw verwachtingen voldoen dan is het mogelijk om binnen 14 dagen na ontvangst van de polis de aangevraagde verzekering te annuleren.

16. Slotbepaling

In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregeld zijn, beslist het bestuur. Aldus door de Ledenraad vastgesteld op 6 oktober 2004 met ingang van 1 januari 2005.

Rubriek D. Waar kunt u terecht voor informatie ?

Heeft u vragen dan kunt u onze medewerkers van het Contact Center bellen. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 08.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer: (071) 5 825 **825**. Ook kunt u een bezoek brengen aan een van onze winkels of kijken op onze website www.zorgenzekerheid.nl voor meer informatie.

Hoe krijgt u uw nota vergoed ?

- bewaar alle originele nota's zorgvuldig;
- plak een sticker op uw originele nota en vul uw gegevens hierop in. Bewaar voor uw eigen administratie een kopie;
- dien uw originele nota in bij Zorg en Zekerheid;
- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het kalenderjaar ná het 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 aan te vragen. Lees dit boekje met de polisvoorwaarden dus zorgvuldig door.

U kunt uw nota's sturen naar:

Zorg en Zekerheid
Team Betaling aan Verzekerden
Postbus 400
2300 AK LEIDEN

59

Declareren van nota's buitenland

Bij de declaraties uit het buitenland moet u naast de originele nota ook een declaratieformulier indienen. Dit formulier is verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid. De originele nota tezamen met het declaratieformulier kunt u toesturen naar:

Zorg en Zekerheid
Team Buitenland
Postbus 400
2300 AK LEIDEN

 **Zorg en Zekerheid**

ZIEKENFONDS & PARTICULIER

Zorg en Zekerheid, Postbus 400, 2300 AK Leiden, telefoon (071) 5 825 **825**