



Polisvoorwaarden 2015

Gemakspolis

Vergoedingenoverzicht

Basisverzekering Zorg Gemak Polis	1
Rubriek A Grondslag van de verzekering	1
Rubriek B Omvang Dekking	4
Geneeskundige zorg	4
Artikel 5 Huisartsenzorg	4
Artikel 6 Medisch specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)	4
Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg	6
Artikel 8 Revalidatie	9
Artikel 9 Orgaantransplantaties	9
Artikel 10 Dialyse	10
Artikel 11 Mechanische beademing	10
Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen	11
Artikel 13 Trombosedienst	11
Artikel 14 Erfelijkheidsadvies	11
Artikel 15 Audiologische zorg	12
Artikel 16 Vruchtbaarheid gerelateerde zorg	12
Artikel 17 Paramedische zorg	13
Artikel 18 Mondzorg	16
Artikel 19 Farmaceutische zorg	19
Artikel 20 Hulpmiddelen	21
Artikel 21 Ziekenvervoer	22
Artikel 22 Buitenland	23
Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg	25
Artikel 24 Ketenzorg	28
Artikel 25 Stoppen met Roken	28
Artikel 26 Zintuigelijk gehandicaptenzorg	29
Artikel 27 Verpleging en verzorging (wijkverpleging)	29
Rubriek C Uitsluitingen	30
Rubriek D Verzekeringsvoorwaarden	32
Rubriek E Informatie	39
Aanvullende verzekeringen	1
Rubriek A Omvang dekking	1
Artikel 1 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen	1
Artikel 2 Oogzorg	2
Artikel 3 Buitenland	2
Artikel 4 Farmaceutische hulp	4
Artikel 5 Paramedische behandelingen	5
Artikel 6 Tandheelkundige hulp	8
Rubriek B Verzekeringsvoorwaarden	10
Rubriek C Informatie	16

Vergoedingenoverzicht

Zorg Gemak Polis

De inhoud van de basisverzekering is door de overheid bepaald en voor iedereen gelijk. U bent met een basisverzekering verzekerd voor de meest gebruikelijke zorg (o.a. geneeskundige zorg, ziekenhuisopname, tandheelkundige zorg tot en met 18 jaar, geneesmiddelen, ziekenvervoer, kraamzorg). De meeste declaraties lopen rechtstreeks van de zorgverlener naar Zorg en Zekerheid.

Vergoedingenoverzicht 2015	AV-Gemak
Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen	
O.a. homeopathie, acupunctuur, antroposofie en chiropractie (maximale gezamenlijke vergoeding voor behandelingen en geneesmiddelen)	€ 250,00
Behandelingen	100% max. € 25,00 per dag
Geneesmiddelen	50%
Brillenglazen, contactlenzen en brilmontuur	
Brillen, contactlenzen en brilmontuur (per 3 kalenderjaren)	100% max. € 50,00 (vanaf 2.25 dioptrie)
Buitenland	
Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg	
Geneeskundige kosten in Europa	100%
Tandheelkundige noodkosten	-
Medisch noodzakelijke repatriëring en toezending geneesmiddelen	100%
Farmaceutische zorg	
Anticonceptie vanaf 21 jaar (pil, spiraal, pessarium) (exclusief de GVS-eigen bijdrage)	100%
Medisch specialistische zorg en ziekenhuisverblijf	
Kortingsregelingen bij specifiek uitgesloten zorg	Korting op ooglidcorrectie, oorstandcorrecties, buikwandcorrecties, sterilisatie, borstvergroting, neuscorrecties, refractie chirurgie, laserbehandeling en lensimplantaties
Paramedische Behandelingen	
Max. aantal behandelingen fysiotherapie/oefentherapie geldt voor chronische en niet-chronische behandelingen samen (bij niet gecontracteerd max. € 18,00 per behandeling)	9 behandelingen
Tandheelkundige hulp	
Extra tandheelkundige hulp: - röntgen (100% max. € 35,00) - gegoten vullingen - kronen en bruggen	75% max. € 250,00

Voor het recht op verstrekkingen en vergoedingen gelden in een aantal gevallen specifieke voorwaarden. Aan dit vergoedingenoverzicht kunnen dan ook geen rechten worden ontleend. Raadpleeg de polisvoorwaarden op www.gemakvanzorgenzekerheid.nl voor een volledig overzicht van alle voorwaarden en vergoedingen.



Polisvoorwaarden 2015

Basisverzekering Zorg Gemak Polis

Rubriek A

Grondslag van de verzekering

Artikel 1 Algemene bepalingen

- 1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub i van de Zorgverzekeringswet. De zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, wanneer deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- 1.2 Naast de zorgpolis verstrekt Zorg en Zekerheid als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een verzekeringspas op vertoon waarvan de verzekerde de zorg, waar op basis van deze polis aanspraak op bestaat, kan inroepen bij een, voor zover de polis dit voorschrijft, door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling.
- 1.3 De zorg omschreven in Rubriek B (Omvang Dekking) wordt op basis van de zorgpolis, behoudens eigen bijdragen, rechtstreeks door de zorgverlener of zorginstelling bij Zorg en Zekerheid gedeclareerd. De overeenkomst tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling over de hiervoor genoemde zorg omvat in ieder geval afspraken over de hoogte van de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en zorginstellingen wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid en is in te zien op www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.
- 1.4 De aanspraak op zorg zoals in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 1.5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 1.6 Deze polis staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.
- 1.7 De verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt is geen premie verschuldigd.
- 1.8 De kosten van mondzorg (artikel 18) kunnen op basis van deze zorgpolis behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij Zorg en Zekerheid worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst is tussen de zorgverlener of zorginstelling en Zorg en Zekerheid op grond waarvan rechtstreekse declaratie door de zorgverlener of zorginstelling bij Zorg en Zekerheid plaatsvindt.

Artikel 2 Dekking

- 2.1 Deze polis omvat de aanspraak op zorg voor verzekerden die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekerden.
- 2.2 De verzekerde moet voor de benodigde zorg als omschreven in Rubriek B (Omvang Dekking) zich wenden tot een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of instelling. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en zorginstellingen wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid en is in te zien op www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.
- 2.3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg als bedoeld in het voorafgaande lid naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
 - a. Het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum-) tarief;
 - b. Indien en voor zover er geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg niet binnen redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, of in de nabijheid van de woonplaats van de verzekerde, niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden. Bij het vaststellen en uitvoeren van haar beleid voor de

- aanpak van tijdige zorgverlening hanteert Zorg en Zekerheid voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch, inhoudelijke factoren en zo nodig algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- 2.4 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling, wordt de vergoeding verlaagd met een bedrag dan wel percentage als genoemd onder de betreffende zorgaanspraak.
- 2.5 Voor de aanspraken genoemd in het voorgaande lid heeft de verzekerde naast recht op vergoeding van kosten van zorg desgevraagd recht op zorgbemiddeling.
- 2.6 Indien en voor zover in deze polis is bepaald dat toestemming van Zorg en Zekerheid benodigd is alvorens recht op zorg bestaat, geldt dit zowel voor gecontracteerde als voor niet-gecontracteerde zorg.
- 2.7 Indien en voor zover Zorg en Zekerheid meer vergoedt dan waartoe zij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt de verzekerde geacht aan Zorg en Zekerheid een volmacht tot incasso op naam van Zorg en Zekerheid van het door de verzekerde aan de zorgverlener of zorginstelling teveel betaalde te hebben verleend.
- 2.8 Aanspraak op vergoeding van kosten met betrekking tot de zorg als bedoeld onder mondzorg (artikel 18) vindt plaats tot maximaal:
- Het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum) tarief;
 - Indien en voor zover er geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

Artikel 3 Verplicht eigen risico

- 3.1 Op deze polis is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 375,00 per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde verplicht eigen risico wordt vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:
- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek (exclusief de consultatiekosten in het kader van het project NEXT door een psychiater) dat elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;
 - De directe kosten van het gebruik van zorg indien deze kosten verloskundige zorg en kraamzorg betreffen;
 - De kosten van de gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg, exclusief de voetzorg buiten de ketenzorg);
 - Nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 9 onder het vierde streepje, is verstreken;
 - De anticonceptie voor verzekerden vanaf 18 tot en met 20 jaar, indien afgeleverd door een gecontracteerde zorgverlener;
 - Reiskosten (de kosten in de laagste klasse van het openbaar vervoer, dan wel medisch noodzakelijk, de kosten van vervoer per auto) die de donor maakt ten behoeve van de voor rekening van de zorgverzekering komende transplantatie, mits de reiskosten ten laste komen van de zorgverzekering van de donor;
 - De kosten van verpleging en verzorging (wijkverpleging) als bedoeld in artikel 27;
 - De kosten van de medicijncheck door een gecontracteerde apotheker.
- 3.2 Voor verzekerden die op 31 december van het in artikel 3.1 bedoelde kalenderjaar jonger dan 18 jaar zijn, geldt geen verplicht eigen risico.
- 3.3 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het verplicht eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- 3.4 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt het DBC-zorgproduct en DBC-GGZ toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 3.5 Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen verplicht eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid.
- 3.6 Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het verplicht eigen risico en, indien sprake is van een vrijwillig gekozen eigen risico als bedoeld in artikel 4, uitkomen. Het verplicht eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

Artikel 4 Vrijwillig gekozen eigen risico

- 4.1 Op deze polis is per kalenderjaar een vrijwillig gekozen eigen risico per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico is in dat geval vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. De verzekeringnemer heeft het recht te kiezen voor het vrijwillig eigen risico met bijbehorende premiekorting. De kosten die niet van toepassing zijn op het verplichte eigen risico zoals genoemd in artikel 3.1 lid a t/m h vallen ook buiten het vrijwillig gekozen eigen risico. In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 4.2 Kosten van zorg die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.
- 4.3 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het vrijwillig gekozen eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- 4.4 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende vrijwillig gekozen eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het vrijwillig gekozen eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:
- Ieder bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor het vrijwillig gekozen risico gold of zal gelden;
 - De op grond van artikel 4.1 berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 - De uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
- 4.5 Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt het DBC-zorgproduct en DBC-GGZ toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 4.6 Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid.
- 4.7 Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico, en het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 3, uitkomen. Het vrijwillig gekozen eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.
- 4.8 Wijziging van het geldende vrijwillig gekozen eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 35 b.

Rubriek B Omvang dekking

Geneeskundige zorg

Artikel 5 Huisartsenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- geneeskundige hulp door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is (bijvoorbeeld een praktijkverpleegkundige);
- geneeskundige hulp door de dienststructuur (de huisartsenpost) waarbij de huisarts is aangesloten;
- samenhangend onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts, in rekening gebracht door de huisarts, een ziekenhuis of laboratorium.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Waar heb ik geen recht op?

Als uitsluitingen gelden onder meer:

- een griepvaccinatie;
- medische keuringen.

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

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

Artikel 6 Medisch specialistische zorg (excl. geestelijke gezondheidszorg)

6.1 Algemeen

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

Een aantal verstrekkingen zijn tijdelijk toegelaten. Zie hiervoor www.zorgenzekerheid.nl welke verstrekkingen dit zijn.

6.2 Verblijf (ziekenhuisopname)

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch specialistische zorg voor een onafgebroken periode tot een maximum van 1.095 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- medisch specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor behandeling van astma met verblijf (bijvoorbeeld in het Nederlands Astmacentrum Davos of in Heideheuvel) dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben.

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

- bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief of WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening;
- in geval van spoedeisende zorg vindt een kostenvergoeding plaats van 100% van het marktconforme of WMG-tarief.

6.3 Niet-klinische medisch specialistische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

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

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

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

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het marktconforme tarief of het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief of WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

Behandelingen van plastisch chirurgische aard, met inachtneming van de voorgaande leden, indien die noodzakelijk zijn ter correctie van:

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor een beperkt aantal ingrepen dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC-zorgproducten waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl. Bij het verlenen van toestemming kunnen aanvullende voorwaarden gesteld worden.

Waar heb ik geen recht op?

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

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

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

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

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het marktconforme tarief of het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

6.5 Eerstelijnsdiagnostiek

Eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit laboratoriumonderzoek (onder andere bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (onder andere röntgenonderzoek) en functieonderzoek (onder andere ECGs). Eerstelijnsdiagnostiek wordt aangevraagd door een eerstelijnszorgverlener, waarbij de uitslagen bij die betreffende zorgverleners terugkomen.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op een vergoeding van eerstelijnsdiagnostiek wanneer deze wordt uitgevoerd:

- door de huisartsenpraktijk;
- door een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC);
- door een ziekenhuis of ZBC;
- door een verloskundige (zie artikel 7 voor de voorwaarden).

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient een aanvraag te zijn van:

- de huisarts voor alle eerstelijnsdiagnostiek;
- de verloskundige voor prenatale screening (zie verder artikel 7);
- de bedrijfsarts voor diagnostiek in verband met arbeidsrelevante aandoeningen.

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

Bij niet gecontracteerde aanbieders bedraagt de vergoeding 75% van het marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg

7.1 Prenatale screening

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

Waar heb ik recht op?

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

- counseling (het verschaffen van informatie die het mogelijk maakt om een weloverwogen keuze te maken voor het al dan niet ondergaan van prenatale screening) door de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts of medisch specialist die de verzekerde begeleidt gedurende de zwangerschap;
- structureel echoscopisch onderzoek (seo), ook wel aangeduid als de '20 weken echo';
- alle zwangere vrouwelijke verzekerden die een combinatietest (bestaande uit een nekplooiemeting en bloedonderzoek) hebben ondergaan waarvan de uitslag "positief" is, hebben aanspraak op vergoeding van de Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT). De combinatietest komt voor alle vrouwen (met uitzondering van vrouwen met een "medische indicatie") voor eigen rekening.

In sommige van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor een combinatietest voor vrouwen. Kijk voor onze vergoedingen in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

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

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

7.2 Bevalling en verloskundige zorg

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

Bevalling en/of kraambed met medische noodzaak in een ziekenhuis

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heb ik een verwijzing nodig?

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

Wat moet ik nog meer weten?

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

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

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

Bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum

Waar heb ik recht op?

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

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

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum is zowel voor moeder en kind een eigen bijdrage verschuldigd van € 33,00 per opnamedag (€ 16,50 voor moeder en € 16,50 voor kind). De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 235,00 (€ 117,50 voor moeder en € 117,50 voor kind) per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis of geboortecentrum dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis of geboortecentrum. Indien de bevalling alsnog medisch wordt (overdracht aan de gynaecoloog tijdens de bevalling), vervalt de eigen bijdrage.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

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

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

Wat moet ik nog meer weten?

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

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

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

Bevalling en/of kraambed thuis

Waar heb ik recht op?

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

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

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

7.3 Kraamzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op (de vrouwelijke verzekerde en haar kind) kraamzorg zoals kraamverzorgenden deze plegen te bieden, door een gediplomeerd kraamverzorgende of een O&G-verpleegkundige. De kraamzorg bestaat uit de inschrijving en intake door het kraamcentrum, de partusassistentie bij een thuisbevalling en de kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

De omvang van de kraamzorg wordt bepaald door uw persoonlijke situatie na de bevalling. Het aantal uren kraamzorg dat u krijgt, wordt in overleg met u, door de verloskundige of gynaecoloog vastgesteld op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Een toelichting op dit protocol kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

Wat zijn de voorwaarden?

- u dient u aan te melden voor kraamzorg via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer: 071 - 5 825 555) of via www.zorgenzekerheid.nl, uiterlijk vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum;
- bij opname in een ziekenhuis: indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat de kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. De dag van ontslag wordt hierbij niet als opnamedag gerekend;
- de kraamzorg dient te worden verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum op aanwijzing van de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn';
- de kraamzorg dient te worden geleverd door een kraamverzorgende welke is verbonden aan een kraamcentrum.

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

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,15 per uur.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

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

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

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

Bij hulp voor kraamzorg van een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening.

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

Artikel 8 Revalidatie

8.1 Revalidatie

Waar heb ik recht op?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

8.2 Geriatrische revalidatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op geriatrische revalidatie die start vanuit:

- een klinische opname eventueel gevolgd door een deeltijd- of dagbehandeling in de thuissituatie (ambulante geriatrische revalidatie);

Of;

- de thuissituatie (binnen een week na het geriatrische assessment).

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multi morbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid;
- de geriatrische revalidatie is gericht op het verminderen van de functionele beperkingen zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is;
- de indicatie voor geriatrische revalidatiezorg is aanwezig als bij de verzekerde sprake is van een acute aandoening waardoor, evenzo acuut, mobiliteitsstoornissen en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid optreedt. Dit wordt gesteld door de internist ouderengeneeskunde en/of de klinisch geriater na een (schriftelijk) verwijzing van de medisch specialist van het ziekenhuis;
- de zorg sluit aan (of maximaal binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis bij een gestelde indicatie voor revalidatiezorg) op en gaat bij aanvang gepaard met verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, een zogeheten ziekenhuisopname;
- U heeft geen recht op geriatrische revalidatie als u voorafgaand aan de ziekenhuisopname was opgenomen in een AWBZ dan wel WLZ-instelling en u daar behandeling op grond van de AWBZ dan wel WLZ heeft ontvangen;
- de duur bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid een langere periode toestaan.

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

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 9 Organtransplantaties

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- transplantaties van weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een EU- en EER-staat of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van u is;
- medisch specialistische zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- medische zorg conform deze polis van de donor gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie

of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen. De zorg dient verband te houden met een door deze verzekering gedekte orgaantransplantatie; vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van openbaar vervoer dan wel, indien en voor zover medisch noodzakelijk, per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor;

- het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor.

Welke kosten worden niet vergoed?

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

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

Bij hulp in een niet-gecontracteerde zorginstelling vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 75% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 10 Dialyse

Waar heb ik recht op?

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

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

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

- de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

In het geval van thuisdialyse gelden, naast bovengenoemde aanspraken, ook (betaald uit de DBC):

- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- vergoeding van de kosten van het in bruikleen geven van de dialyseapparatuur met toebehoren, regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede vergoeding van de kosten van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

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

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot 75% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 11 Mechanische beademing

Waar heb ik recht op?

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

U heeft bij noodzakelijke mechanische beademing thuis recht op:

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Waar heb ik geen recht op?

Verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing, binnen dit artikel.

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

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor beademing vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Waar heb ik recht op?

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

Heb ik een verwijzing nodig?

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

Artikel 13 Trombosedienst

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op het door de trombosedienst:

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

Heb ik een verwijzing nodig?

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

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

Bij hulp door een niet-gecontracteerde trombosedienst vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 14 Erfelijkheidsadvies

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

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

Wat zijn de voorwaarden?

De hulp dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsadvies met een vergunning voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv).

Heb ik een verwijzing nodig?

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

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

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsonderzoek vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 15 Audiologische zorg

Waar heb ik recht op?

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

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

Heb ik een verwijzing nodig?

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

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

Bij hulp in een niet-gecontracteerd audiologisch centrum vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 16 Vruchtbaarheid gerelateerde zorg

16.1 IVF

Waar heb ik recht op?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van een medische indicatie;
- de vrouwelijke verzekerde dient jonger te zijn dan 43 jaar bij aanvang van de poging;
- een verzekerde die op 31 december 2014 43 jaar of ouder was en bij wie een IVF-poging uiterlijk op die datum was aangevangen, heeft recht op afronding van die poging;
- indien de vrouwelijke verzekerde jonger is dan 38 jaar wordt er maximaal één embryo teruggeplaatst bij de eerste en tweede poging;
- indien de vrouwelijke verzekerde een leeftijd heeft tussen de 38 en 42 jaar kunnen twee embryo's teruggeplaatst worden, indien dat om medische redenen aangewezen is;
- de behandeling dient plaats te vinden in een IVF-centrum met een vergunning voor de toepassing van IVF op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv).

Heb ik een verwijzing nodig?

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

Waar heb ik geen recht op?

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

Wat moet ik nog meer weten?

- indien er tijdens de IVF-poging meerdere bruikbare embryo's ontstaan kunnen deze worden ingevroren en op een later tijdstip worden teruggeplaatst. Deze terugplaatsingen gelden dan als onderdeel van de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan;
- onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan:
 - a. een doorgaande zwangerschap van tenminste 12 weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie bij een spontane (fysiologische) zwangerschap;
 - b. een doorgaande zwangerschap van tenminste 10 weken na het moment van follikelpunctie bij IVF (bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling en spreken we na tenminste negen weken en drie dagen van een doorgaande zwangerschap).

16.2 Overige vruchtbaarheid gerelateerde zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op vruchtbaarheid gerelateerde zorg, niet zijnde een IVF-poging.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van een medische indicatie;
- de vrouwelijke verzekerde dient jonger te zijn dan 43 jaar.

Heb ik een verwijzing nodig?

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

16.3 Niet-gecontracteerde vruchtbaarheid gerelateerde zorg

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

Bij hulp in een niet-gecontracteerde vergunning houdende instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 17 Paramedische zorg

17.1 Algemeen

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

17.2 Algemene voorwaarden fysiotherapie en/of oefentherapie

- de fysiotherapie behandeling dient te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- de oefentherapie behandeling dient te worden uitgevoerd door een oefentherapeut;
- in geval van oedeem- en littekentherapie kan de behandeling (ook) uitgevoerd worden door een huidtherapeut;
- in geval van een zitting manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie of geriatrische fysiotherapie, dient de behandeling te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die staat geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en/of door een oefentherapeut die staat geregistreerd in het register kinderoefentherapie van de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici;
- een chronische aandoening dient benoemd te zijn in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding beperkt tot de behandelduur, zoals in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering is aangegeven;
- de fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling bestaat uit zogenaamde prestaties. Elke prestatie telt als één behandeling. Dat betekent dat ook een screening en onderzoek elk als één behandeling tellen;
- voor een chronische aandoening geldt dat de therapie medisch noodzakelijk dient te zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist is voorgeschreven;
- per dag komt maximaal één zitting voor vergoeding in aanmerking tenzij voor meerdere zittingen op één dag medische noodzaak bestaat, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf aan de fysio- of oefen- of huidtherapeut toestemming heeft gegeven;
- indien u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut en/of oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én indien deze ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting;
- voor fysiotherapie en/of oefentherapie heeft u in bijzondere gevallen vooraf schriftelijke toestemming vooraf nodig van Zorg en Zekerheid. Het gaat hier om de volgende indicaties (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering):
 - a. Div D5 Revalidatie(dag)behandeling aansluitend op 12 maanden i.a.o.;
 - b. Div D5 Verpleeghuisopname, aansluitend op 12 maanden i.a.o.;
 - c. Div D5 Ziekenhuisopname, aansluitend op 12 maanden i.a.o.
- de aanvraag tot toestemming van Zorg en Zekerheid dient ingediend te worden door uw behandelend fysiotherapeut of oefentherapeut.

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

Chronische aandoening

Waar heb ik recht op?

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

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist als u een aandoening heeft die op de chronische lijst staat.

Niet-chronische aandoening

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- maximaal 9 behandelingen reguliere fysiotherapie en/of oefentherapie per aandoening per verzekerde per kalenderjaar of op maximaal 9 zittingen kinderfysiotherapie en/ of kinderoefentherapie;
- in aansluiting op deze behandelingen bestaat er bij ontoereikend resultaat, recht op maximaal 9 extra behandelingen reguliere fysiotherapie en/of oefentherapie per aandoening per verzekerde per kalenderjaar of op maximaal 9 zittingen kinderfysiotherapie en/ of kinderoefentherapie;
- de behandeling kinderfysiotherapie wordt vergoed voor aandoeningen behorend binnen de Domeinbeschrijving Kinderfysiotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapeuten (NVFK). De lijst is bekend bij de kinderfysiotherapeut.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de fysiotherapeut is direct toegankelijk.

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

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

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van € 18,00 voor een zitting. Voor zittingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie of geriatrische fysiotherapie vindt een kostenvergoeding plaats van € 25,00 voor een zitting. De prestaties screening en intake en onderzoek na screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed.

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

Chronische aandoening

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- de medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde voor aandoeningen benoemd in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- de eerste 9 zittingen bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie, mits gegeven in het kader van "stepped care";
- vergoeding voor de aandoening 'littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma' door zowel een fysiotherapeut als een huidtherapeut.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist als u een aandoening heeft die op de chronische lijst staat.

Waar heb ik geen recht op?

- de eerste 20 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie, indien er sprake is van een eerste behandelserie bij een chronische aandoening en een bestaande behandelserie bij een chronische aandoening bij overgang van de leeftijd van 17 naar 18 jaar;
- de vergoeding voor handelingen verricht tijdens de zitting, zoals shockwave en dry needling zijn onderdeel van de reguliere behandeling en mag de fysiotherapeut en/of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- de kosten van tijdens de behandeling verstrekte materialen, zoals verbandmiddelen en tape, zijn onderdeel van de behandeling en mag de fysiotherapeut en/of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen.

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

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

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van € 18,00 voor een zitting. Voor zittingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie of geriatrische fysiotherapie vindt een kostenvergoeding plaats van € 25,00 voor een zitting. De prestaties screening en intake en onderzoek na screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed.

17.5 Ergotherapie

Waar heb ik recht op?

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

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de ergotherapeut is direct toegankelijk.

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

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde ergotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van € 9,00 per kwartier. De prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed.

17.6 Logopedie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op logopedische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een logopedist;
- de behandeling moet een geneeskundig doel dienen en van de behandeling kan er herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen worden verwacht;
- in geval van een behandeling voor afasie, preverbale logopedie of stotteren, dient de behandeling te worden uitgevoerd door een logopedist die ingeschreven staat in het speciale register van de NVFL dat hiervoor is ingesteld;
- per dag komt maximaal één behandeling voor vergoeding in aanmerking.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de logopedist is direct toegankelijk.

Waar heb ik geen recht op?

- onder logopedische behandeling wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en/of anderstaligheid;
- logopedische behandelingen gegeven op school komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- indien u behandelingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele behandelingen voor dezelfde indicatie.

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

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde logopedist vindt een kostenvergoeding plaats van € 18,00 voor een behandeling. Voor een (uurs)behandeling van afasie, preverbale logopedie of stotteren vindt een kostenvergoeding plaats van € 36,00. De prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed en per dag komt maximaal één behandeling voor vergoeding in aanmerking.

17.7 Dieetadvies

Waar heb ik recht op?

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

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de diëtist is direct toegankelijk.

Waar heb ik geen recht op?

Dieetadvies voor de indicatie diabetes, COPD of CVRM kan onderdeel uitmaken van multidisciplinair gecoördineerde ketenzorg, die wordt ingekocht bij een zorggroep. Indien u dieetadvies via multidisciplinair gecoördineerde ketenzorg ontvangt, heeft u geen recht op de bovengenoemde 3 behandeluren dieetadvies voor dezelfde indicatie of voor aan deze indicatie gerelateerde problematiek.

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

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde diëtist vindt een kostenvergoeding plaats van € 9,00 per kwartier. De prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed.

Artikel 18 Mondzorg

18.1 Algemene bepalingen

Wat wordt er vergoed?

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

Welke kosten worden niet vergoed?

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

Mondzorg buiten reguliere praktijk

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

18.2 Mondzorg tot 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de volgende kosten van de vrijgevestigde mondhygiënist:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde meer keren per jaar op die tandheelkundige hulp is aangewezen;
- sealing;
- parodontale hulp.

U heeft bij de overige zorgverleners zoals genoemd in artikel 18.1 recht op:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;

- fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde meer keren per jaar op die tandheelkundige hulp is aangewezen;
- sealing;
- parodontale hulp;
- anesthesie;
- endodontische hulp, met uitzondering van uitwendig bleken;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van de tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- chirurgische tandheelkundige hulp door een tandarts of een kaakchirurg met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
- uitneembare prothetische voorzieningen, niet op implantaten, voor de boven- en/of onderkaak (inclusief reparatie en rebasen daarvan);
- mondzorg in bijzondere gevallen zoals bepaald in artikel 18.4;
- medisch noodzakelijk verblijf zoals bepaald in 18.5.

Welke kosten worden niet vergoed?

- kroon en brugwerk met uitzondering van de tandheelkundige zorg zoals bedoeld in artikel 18.2 onder k;
- orthodontie met uitzondering van artikel 18.4;
- de prestatie M05 (beslijpen en/of fluorideren melkelement).

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

Wat wordt er vergoed voor mondzorg buiten de reguliere praktijken?

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de tandarts, kaakchirurg of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

De toestemming kan worden ingetrokken indien:

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

18.3 Mondzorg vanaf 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

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

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

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

- Van de volledige prothese bedoeld in artikel 18.3 onder b wordt voor de verzekerde van 18 jaar en ouder 75% van het gecontracteerde bedrag vergoed. Reparatie en rebasen worden 100% vergoed.
- De verzekerde van 18 jaar en ouder is een eigen bijdrage van € 125,00 verschuldigd voor een uitneembare volledige prothetische voorziening al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten, indien het zorg betreft als bepaald in artikel 18.4.1 onder a, b en c.
- Bij de verzekerde van 18 jaar en ouder kan voor zorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 onder a, b en c een eigen bijdrage in rekening worden gebracht. Dit betekent dat voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een eigen bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

De verzekerde van 18 jaar en ouder heeft voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor:

- aanspraak op vergoeding van een extractie onder narcose of een osteotomie betreft als bedoeld in artikel 18.3 onder a;
- aanspraak op vergoeding van zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder b, indien de prothese (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen;
- mondzorg in bijzondere gevallen zoals bedoeld in artikel 18.4;
- alle implantologische zorg.

De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie art. 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

De toestemming kan worden ingetrokken indien:

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

18.4 Mondzorg in bijzondere gevallen

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

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

18.4.1 Mondzorg in bijzondere gevallen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van de noodzakelijke tandheelkundige zorg en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, en het hierbij medisch noodzakelijke verblijf zoals bedoeld in artikel 18.5, in de volgende gevallen:

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

18.4.2 Implantaten en een uitneembare volledige prothese op implantaten in een tandeloze kaak

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, de daarbij behorende uitneembare prothese en de onderdelen ter bevestiging daarvan, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

Voor alle implantologische zorg (het plaatsen van implantaten, het maken van een implantaat gedragen gebitsprothese en de reparatie of de rebasing van de gebitsprothese) hebt u vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid.

Uitzonderingen hierop zijn:

- Reparatie en rebasing tot € 500,00, die geleverd wordt door de gecontracteerde zorgverleners;
- Het plaatsen van implantaten in de onderkaak en het maken van de bijbehorende prothese door gecontracteerde zorgverleners.

18.4.3 Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van orthodontische hulp in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Wat zijn de voorwaarden?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Ja, voor orthodontie in bijzondere gevallen is voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor toestemming van Zorg en Zekerheid dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de orthodontist of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

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

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

18.5 Medisch noodzakelijk verblijf

Verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals omschreven in artikel 18 al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg:

- Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- In afwijking van het gestelde onder a tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

19.1 Algemene bepaling

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op farmaceutische zorg zoals bepaald in de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg. Deze zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringwet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement, is voor verstrekking van het betreffende geneesmiddel voorafgaande toestemming vereist. Het Reglement is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u het Reglement opvragen via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of door een bezoek te brengen aan onze winkels.

Bij gecontracteerde apotheken en overige gecontracteerde farmaceutische zorgverleners wordt de door Zorg en Zekerheid afgesproken prijs voor het geneesmiddel en tarief voor de zorg afgerekend.

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

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

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners is in te zien op www.zorgenzekerheid.nl en wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

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

19.2 Geneesmiddelen

Waar heb ik recht op?

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

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

Of;

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

Wat zijn de voorwaarden?

- de geneesmiddelen zijn aangewezen in de Regeling Zorgverzekering en als zodanig aangewezen door Zorg en Zekerheid. Eén en ander is nader uitgewerkt in het Reglement;
- indien de voorschrijver het niet medisch verantwoord acht de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geregistreerd geneesmiddel met dezelfde werkzame stof;
- tenzij Zorg en Zekerheid nadere afspraken (zie hiervoor www.zorgenzekerheid.nl) heeft gemaakt met een apotheker/apothekhoudend huisarts, dient de farmaceutische hulp te zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en dient ter hand gesteld te worden onder verantwoordelijkheid van die apotheker/apothekhoudend huisarts;
- op farmaceutische zorg is de prescriptieregeling (zie het Reglement) van toepassing;
- op vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen (of bestanddelen van geneesmiddelen) een limiet aan de vergoeding is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vastgestelde vergoedingslimiet blijven de meerkosten voor uw eigen rekening (de GVS-eigen bijdrage), dit is ook van toepassing op een apotheekbereiding. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het eigen risico;
- voor aanspraak op een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is ook te raadplegen via www.wetten.nl;
- Zorg en Zekerheid kan in haar Reglement nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid van de terhandstelling van geneesmiddelen en met betrekking tot de levering van de farmaceutische zorg (in aanvulling op de geldende Beleidsregel NZa Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg).

Waar heb ik geen recht op?

- zorg die niet behoort tot de farmaceutische zorg zoals bedoeld in de Regeling Zorgverzekering;
- prestaties farmaceutische zorg, waarop geen aanspraak bestaat (de prestaties Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep, Advies farmaceutische zelfzorg, Advies gebruik UR-geneesmiddelen tijdens reis en Advies ziekterisico bij reizen, zoals omschreven in de geldende beleidsregel Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg van de NZa);
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, lid 3, onder f van de Geneesmiddelenwet met uitzondering van geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 19.2 onder d.

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

19.3 Dieetpreparaten

Waar heb ik recht op?

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

- lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- lijdt aan een voedselallergie;
- lijdt aan een resorptiestoornis;
- lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop;

Of;

- daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Artikel 20 Hulpmiddelen

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

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verstrekking van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Waar heb ik geen recht op?

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

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

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

Artikel 21 Ziekenvervoer

21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden:

- vervoer per ambulance, hiervan is sprake bij medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland;
- zittend ziekenvervoer, hiervan is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of (eigen) auto.

21.2 Ambulancevervoer

Waar heb ik recht op?

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

Wat zijn de voorwaarden?

Het betreft ziekenvervoer:

- naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten - met inachtneming van een eventueel vrijwillig gekozen eigen risico - geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen;
- naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ dan wel WLZ zal gaan verblijven;
- vanuit een AWBZ(dan wel WLZ)-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ dan wel WLZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ(dan wel WLZ)-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ dan wel WLZ wordt verstrekt;
- van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien u in uw woning redelijkerwijs niet de verzorging kunt krijgen.

Bovendien:

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

Waar heb ik geen recht op?

Het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ(dan wel WLZ)-instelling.

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

Bij ambulancevervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening.

21.3 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie

Waar heb ik recht op?

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

Wat zijn de voorwaarden?

Het betreft ziekenvervoer voor zover:

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

Wat moet ik nog meer weten?

- de vergoeding voor vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,31 per kilometer. De vergoeding wordt berekend op basis van de kortst gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de 'optimale route' volgens de routeplanner, Routenet (www.routenet.nl);
- kosten voor openbaar vervoer of gebruik van de (eigen) auto worden vergoed op basis van de kortste gebruikelijke afstand;
- het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar, betreft. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid vervoer van twee begeleiders toestaan;
- buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig en gedurende meerdere keren per week is aangewezen op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

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

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

21.4 Wijze van aanvragen zittend ziekenvervoer

Hoe kan ik zittend ziekenvervoer aanvragen?

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

21.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 97,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

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

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

21.6 Wijze van declareren zittend ziekenvervoer

Hoe kan ik de kosten declareren?

Voor het declareren van de kosten indien sprake is van eigen vervoer, dient u het declaratieformulier zittend ziekenvervoer in te vullen en dit samen met uw nota's en afsprakenkaart naar Zorg en Zekerheid te sturen. Voor inzendtermijnen zie voorwaarden 30.1 onder f.

Artikel 22 Buitenland

22.1 Algemene bepaling

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

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

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

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

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

Meer informatie over zorgverzekeringen en het buitenland kunt u vinden op de website van het Zorginstituut Nederland www.zorginstituutnederland.nl.

Heb ik toestemming nodig?

Voor intramurale zorg buiten Nederland (dat is opname of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht) is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. Indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan Nederland, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief.

22.2 Woonachtig in Nederland

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

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

Waar heb ik recht op?

U heeft naar keuze recht op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding van de kosten dan wel het recht op behandeling van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

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

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

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

Waar heb ik recht op?

U heeft naar keuze recht op:

- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;

- indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- medisch noodzakelijke zorg (binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

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

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

Waar heb ik recht op?

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

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

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

Waar heb ik recht op?

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

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

22.5 Volledige vergoeding

In de gevallen bedoeld in artikel 22 vindt volledige vergoeding van de kosten plaats voor zover:

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

22.6 Bevoegdheid zorgverlener of instelling

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

Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg

23.1 Generalistische Basis GGZ vanaf 18 jaar

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor de Generalistische Basis GGZ is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist (niet zijnde een psychiater).

Wat zijn de voorwaarden voor de verwijzing?

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:

- persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
- reden van verwijzing, waaronder in ieder geval de vermoedelijke stoornis volgens DSM IV;
- naar welke zorgverlener (in de Generalistische GGZ) verwezen wordt;

- naam, functie en agb-code van de verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

Een verwijzing is uiterlijk 1 jaar geldig. Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken is er voor de vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

23.2 Aanspraak Generalistische Basis GGZ

Waar heb ik recht op?

De Generalistische Basis GGZ is toegankelijk vanaf 18 jaar en bestaat uit vier producten, namelijk behandeling kort, behandeling middel, behandeling intensief en behandeling chronisch. U heeft recht op Generalistische Basis GGZ door een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater. De omvang van de zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten (psychiaters/zenuwartsen) en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, conform het behandeltraject dat voorgeschreven is door de verwijzer.

Waar heb ik geen recht op?

De zorg omvat niet:

- de specialistische zorg bedoeld in artikel 23.3;
- een intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen;
- orthopedagogische zorg;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit eerder genoemde stoornis volgens DSM-IV;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- meerdere prestaties die gelijktijdig gedeclareerd worden. Met uitzondering van een combinatie van één van de prestatie Basis Kort (BK), Basis Midden (BM) of Basis Intensief (BI) in combinatie met Basis Chronisch (BC) of de integrale prestaties in combinatie met de Overige Producten (OVP);
- hulp bij overspanning en burn-out, tenzij dit zich uit in eerder genoemde stoornis volgens DSM-IV;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze worden beschreven in het "Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk-negatieve lijst" van het Zorginstituut Nederland.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater ga?

Bij een consultatie van een niet-gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

23.3 Gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor de gespecialiseerde GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

Wat zijn de voorwaarden voor de verwijzing?

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:

- persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
- reden van verwijzing, waaronder in ieder geval de vermoede stoornis volgens DSM-IV;
- naar welke zorgverlener (in de Gespecialiseerde GGZ) verwezen wordt;
- naam, functie en agb-code verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

U dient ten aanzien van de periode waarvoor de verwijzing is verleend te beschikken over een geldige verwijzing, die niet ouder is dan 1 jaar ten opzichte van de aanvang van de zorg. Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is geen nieuwe verwijzing nodig, indien de vervolgbehandeling binnen een jaar na einde van de eerdere behandeling aanvangt. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor een vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is een verwijzing nodig voor eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is.

23.4 Omvang van de zorg

Waar heb ik recht op?

De Gespecialiseerde GGZ is toegankelijk vanaf 18 jaar, tenzij u aanspraak heeft op gespecialiseerde GGZ op grond van de Jeugdwet. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten (een psychiater/zenuwarts) en klinisch psychologen, als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de Generalistische Basis GGZ als bedoeld in artikel 23.1 en 23.2.

23.5 Klinische gespecialiseerde GGZ

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op (vanaf 18 jaar, tenzij u aanspraak heeft op gespecialiseerde GGZ op grond van de Jeugdwet):

- opname in een GGZ-instelling of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 3 jaar (1.095 dagen). Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als een onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1.095 dagen). Onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 3 jaar (1.095 dagen);
- specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Waar heb ik geen recht op?

- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit eerdergenoemde diagnose volgens DSM-IV;
- een intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen;
- orthopedagogische zorg;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- hulp bij overspanning en burn-out, die zich niet uit in diagnose volgens DSM-IV, die wel vergoeding biedt;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze interventies worden beschreven in het "Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk-negatieve lijst" van het Zorginstituut Nederland.

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

Bij zorg in een niet-gecontracteerde GGZ-instelling vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

Heb ik een machtiging nodig als ik naar een niet-gecontracteerde zorginstelling ga?

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat, dient u een machtiging aan te vragen voor specialistische GGZ met verblijf. Om deze machtiging aan te vragen, stuurt de zorgverlener aan

Zorg en Zekerheid, namens u:

- een verwijsbrief van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts;
- de klinische opname indicatie, conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen;
- het voorgestelde behandelplan, inclusief aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
- de namen van de zorgverleners, inclusief hoofdbehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
- de onderbouwing van de te declareren deelprestatie inclusief inzet VOV-personeel in relatie tot de stoornis;
- de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.

23.6 Niet-klinische gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

Gespecialiseerde GGZ door een GGZ-instelling, psychiater, klinisch psycholoog, zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Waar heb ik geen recht op?

- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit eerder genoemde diagnose volgens DSM-IV;
- een intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg;

- begeleiding zoals cursussen en trainingen;
- orthopedagogische zorg;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- hulp bij overspanning en burn-out;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze interventies worden beschreven in het "Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk-negatieve lijst" van het Zorginstituut Nederland.

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

Bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 24 Ketenzorg

24.1 Ketenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op multidisciplinaire gecoördineerde zorg ook wel ketenzorg genoemd, indien u een specifieke chronische aandoening heeft. Voor de definitie van ketenzorg verwijzen wij naar de begripsomschrijvingen.

Wat zijn de voorwaarden?

De ketenzorg dient geleverd te worden bij een specifieke chronische aandoening (COPD, CVRM en Diabetes, allen gebaseerd op de zorgstandaard van de betrokken aandoening) door een groep verschillende zorgverleners die de zorg gecoördineerd levert. Deze groep wordt ook wel een zorggroep genoemd. Een omschrijving van de zorgstandaard kunt u vinden op www.zorgzekerheid.nl.

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

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

24.2 Voetzorg buiten de keten

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op voetzorg zoals huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden aan verzekerden met Diabetes (DM Type I en DM Type II). Deze zorg kan zowel binnen de Ketenzorg (artikel 24.1) als buiten de Ketenzorg verleend worden.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van minimaal een Zorgprofiel 2 classificatie, tenzij het de jaarlijkse voetcontrole betreft;
- de zorg dient te worden verleend door een gecontracteerde podotherapeut. Meer informatie kunt u vinden op www.zorgzekerheid.nl;
- de zorgverlener dient de declaratie rechtstreeks en digitaal bij Zorg en Zekerheid in te dienen.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist indien de zorg niet verleend wordt door de huisarts of medisch specialist.

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

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 100% van het WMG-tarief.

Artikel 25 Stoppen met Roken

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op één stoppen met roken programma per kalenderjaar. Deze zorg omvat, geneeskundige zorg gericht op gedragsverandering al dan niet in combinatie met geneesmiddelen met als doel te stoppen met roken.

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

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

Artikel 26 Zintuigelijk gehandicaptenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op extramurale zintuigelijke gehandicaptenzorg gericht op het leren omgaan met, opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

Wat zijn de voorwaarden?

- u woont thuis (niet in een inrichting);
- u heeft een visuele beperking en/of een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis;
- de zorg dient multidisciplinair te zijn.

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

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief en het mogelijk meerdere dan het marktconforme tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 27 Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Wat zijn de voorwaarden?

- de gecontracteerde wijkverpleegkundige bepaalt of er recht is op aanspraak en de omvang van de aanspraak;
- de zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop;
- de zorg gaat niet gepaard met verblijf zoals bedoeld in artikel 6.2 en artikel 18.5;
- de zorg betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7;
- de zorg omvat alleen zorg aan verzekerden van 18 jaar en ouder, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
 - a. sprake is van permanent toezicht;

Of;

- b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

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

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief plus het mogelijk meerdere dan het marktconforme tarief blijven voor uw rekening.

27.1 Zvw -pgb bij verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Waar heb ik recht op?

Indien u aanspraak heeft op verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 27 kunt u, voor zover u daaraan behoefte heeft desgevraagd in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb

Wat zijn de voorwaarden?

- de gecontracteerde wijkverpleegkundige bepaalt of er recht is op aanspraak en de omvang van de aanspraak; het reglement Zvw-pgb is van kracht, u vindt dit op www.zorgzekerheid.nl.
- u vraagt zelf vooraf een schriftelijk toestemming bij Zorg en Zekerheid;
- aan deze toestemming kunnen administratieve voorwaarden gesteld worden en kunnen voorwaarden aan de kosten van de inkoop gesteld worden.

Rubriek C Uitsluitingen

Artikel 28 Uitsluitingen

28.1 Specifieke uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

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

28.2 Algemene uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van kosten:

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

Indien de behoefte aan zorg het gevolg is van één of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisme schade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximum bedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarden van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld heeft u in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering te bepalen omvang. Het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade N.V. is op deze polis van toepassing. Het clausuleblad is gedeponereerd op 6 januari 2005 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen via www.terrorismedevezekerd.nl en www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

28.3 Overige uitsluitingen

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

28.4 Aansprakelijkheid

- a. Zorg en Zekerheid is niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgverlener van wiens zorg u gebruik heeft gemaakt.
- b. De eventuele aansprakelijkheid van Zorg en Zekerheid voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de verzekering voor rekening van Zorg en Zekerheid zouden zijn gekomen, tenzij sprake is van opzet of grove schuld.

Rubriek D Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 29 Verzekeringsvoorwaarden

29.1 Algemeen

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

29.2 Opname in een ziekenhuis

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

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

Indien de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis aanspraak heeft op zorg dan wel recht heeft op vergoeding van door hem gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Ten aanzien van de toerekening van een DOT en een DBC (DBC-zorgproduct) geldt hetgeen is aangegeven in artikel 3.4.

29.4 Persoonsregistratie

- De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing;
- Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgverleners of zorginstellingen omtrent uw verzekeringsstatus. Zorg en Zekerheid behoudt zich in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken, met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Indien u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid;
- In het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert Zorg en Zekerheid conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een Incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

Artikel 30 Verplichtingen verzekerde/verzekeringnemer

30.1 Algemene verplichtingen

De verzekerde/verzekeringnemer is verplicht:

- Bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs;
- De behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid indien de medisch adviseur daarom vraagt;
- Aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder wordt tevens verstaan het, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijk second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
- Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking; het is hem niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- Binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde is gedetineerd en/of dat de detentie van verzekerde is afgelopen, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
- De originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen vóór 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DOT en/of een DBC worden alle kosten die met deze DOT en/of DBC-verband houden toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Indien de nota's later worden ingediend dan hierboven vermeld is kan de vergoeding van zorgkosten worden verminderd met de schade die Zorg en Zekerheid daardoor lijdt of zelfs komen te vervallen, voor zover Zorg en Zekerheid

- door de late indiening in een redelijk belang is geschaad. Alleen originele nota's, of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/zittend ziekenvervoer, zie hiervoor ook www.zorgenzekerheid.nl;
- Voor zover een verwijzing in de polis voor het invoeren van de zorg is vereist, de verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen indien Zorg en Zekerheid hierom vraagt.

30.2 Tijdig aanvragen van toestemming

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

30.3 Niet nakomen van verplichtingen

Bij niet nakoming van de verplichting zoals geformuleerd in 30.2, komen de eventuele (financiële) gevolgen in beginsel voor rekening van verzekerde. Dit laat onverlet dat deze verzekerde in beginsel geen recht heeft op zorg dan wel behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden, indien de vereiste toestemming (nog) niet is verleend door Zorg en Zekerheid.

30.4 Verjaring

- Uw rechtsvordering, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd;
- Om te voorkomen dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart, moet u Zorg en Zekerheid binnen de verjaringstermijn schriftelijk mededelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsvordering tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart.

Artikel 31 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

- Iedere aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde wordt gefraudeerd dan wel enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
- Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;
- Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a., de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
- Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
- Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer registreren in het Extern Verwijzingsregister en wordt aangifte gedaan bij de politie.

Artikel 32 Onrechtmatige inschrijving

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

Artikel 33 Premie

33.1 Grondslag van de premie

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

33.2 Berekening van de premie

Grondslag van de premie

Korting vrijwillig gekozen eigen risico	-
<u>Korting collectiviteit (% van de grondslag van de premie)</u>	-
Tussenresultaat (te betalen premie)	

<u>Korting betaaltermijnen (% tussen resultaat)</u>	-
Te betalen premie	

33.3 Korting op de premie voor vrijwillig gekozen eigen risico

U heeft de keuze uit een jaarlijks vrijwillig gekozen eigen risico van € 0,00 en € 500,00. Dit eigen risico geldt per individuele verzekerde van 18 jaar en ouder. Kinderen tot 18 jaar hebben bij de wet een eigen risico van € 0,00. Voor de korting met betrekking tot het eigen risico kunt u www.gemakvanzorgenzekerheid.nl raadplegen.

33.4 Korting op de premie voor vooruitbetaling

Bij vooruitbetaling van de premie per halfjaar of jaar krijgt u respectievelijk 1% of 3% korting over de verschuldigde premie inclusief het vrijwillig gekozen eigen risico.

33.5 Premiebetaling

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

33.6 Betalingsachterstand

- Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Zorg en Zekerheid na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;
- Uiterlijk 10 werkdagen nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling (artikel 18a. lid 1 Zvw). Het aanbod bestaat in ieder geval uit de in artikel 18a, tweede lid, Zvw opgenomen elementen (artikel 18a. lid 2 Zvw);
- Zo spoedig mogelijk nadat de premieachterstand vier maandpremies is gaan bedragen (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) deelt Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer en de verzekerde mede dat zij voornemens is over te gaan tot melding, zoals bedoeld in artikel 18a. Zvw, zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde met uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte er van te betwisten (artikel 18b. lid 1 Zvw);
- Indien Zorg en Zekerheid haar standpunt op de betwisting handhaaft, kan de verzekerde of verzekeringnemer binnen een termijn van vier weken na ontvangst van die mededeling een geschil hierover voorleggen aan een onafhankelijke instantie op grond van artikel 114 Zvw of de burgerlijke rechter (artikel 18b. lid 2 Zvw). Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18b, derde lid, Zvw);
- Indien een premieachterstand (zonder incassokosten en rente) is ontstaan van zes maanden meldt Zorg en Zekerheid dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het Zorginstituut Nederland, de verzekeringnemer en de verzekerde (artikel 18c. lid 1 Zvw). De melding geschiedt niet indien:
 - de premieachterstand tijdig is betwist en de zorgverzekeraar zijn standpunt nog niet aan de verzekeringnemer kenbaar heeft gemaakt;
 - gedurende de in artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn;
 - in geval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - indien de verzekeringnemer zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en aantoonde dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten (zie artikel 18c, tweede lid, Zvw).

- Zorg en Zekerheid stelt het Zorginstituut Nederland, de verzekeringnemer en de verzekerde onverwijld op de hoogte van de datum waarop:
 - De uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan;
 - De schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, als bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 - Door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, tenminste zijn zorgverzekeraar deelneemt (artikel 18d. lid 3 Zvw);
- Indien Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtelijke kosten worden tenminste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd, in gebreke is;
- De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Zorg en Zekerheid zijn ontvangen.

33.7 Betaling verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

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

Artikel 34 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

34.1 Kennisgeving

- De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeit zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid wordt meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
 - vervallen van de wettelijke verzekeringsplicht;
 - adreswijziging;
 - echtscheiding, einde duurzaam samenwonen of einde geregistreerd partnerschap;
 - overlijden;
 - geboorte;
 - wijziging IBAN;
 - aanvang en einde detentie;
 - aanvang en einde postadres;
 - wijziging huisarts.Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- Wanneer de wijziging niet binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de wijziging pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Wanneer een geboorte niet binnen vier maanden aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de verzekering pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.

34.2 Bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde

Zorg en Zekerheid benadert de verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste 4 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig gekozen eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Zorg en Zekerheid kenbaar maakt binnen

de in de mededeling genoemde termijn, wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder vrijwillig gekozen eigen risico. De verzekerde is echter geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand waarin verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt, zie art. 1.7.

Artikel 35 Herziening van premie of voorwaarden

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

Artikel 36 Begin en einde van de verzekering

- a. Begin van de verzekering:
 1. De verzekering gaat in principe in op de dag waarop Zorg en Zekerheid het volledig ingevulde aanvraagformulier van de verzekeringnemer heeft ontvangen;
 2. Indien Zorg en Zekerheid op basis van de gegevens op het aanvraagformulier niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een verzekering te sluiten en zij in verband daarmee nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de dag waarop de laatst bedoelde persoon de benodigde informatie heeft verschaft;
 3. Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zolang in afwijking van artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop de plicht ontstond;
 4. Indien de zorgverzekering ingaat binnen één maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden en/of wijziging van de grondslag van de premie, met toepassing van artikel 7:940 lid 4 van het Burgerlijk Wetboek, is geëindigd door opzegging werkt deze zorgverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd;
 5. Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop Zorg en Zekerheid het verzoek, bedoeld in lid 1 a, daarvoor ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 1 a of 1 b, gaat de verzekering op die latere datum in.
- b. De verzekering gaat in op de datum die op het originele polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan plaatsvinden:
 1. door uzelf (verzekeringnemer). U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk opzeggen;
 2. door gebruik te maken van de opzegservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- c. Nadat Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij Zorg en Zekerheid de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst. Het voorgaande lijdt uitzondering indien Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

- d. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat Zorg en Zekerheid niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na:
 1. schorsing van de dekking als bedoeld in artikel 33.7. Aan een beëindiging op deze grond wordt geen terugwerkende kracht verleend;
 2. onwaarachtige weergave van feiten als bedoeld in artikel 31.
- e. De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. Zorg en Zekerheid dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.
- f. De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt. U dient dit zelf aan te geven.
- g. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop Zorg en Zekerheid tengevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden. Zorg en Zekerheid stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op deze grond eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- h. Indien de verzekeringnemer een andere is dan de verzekerde kan de verzekeringnemer Zorg en Zekerheid schriftelijk verzoeken om beëindiging van de verzekering van de verzekerde indien de verzekerde zich intussen elders op grond van de Zorgverzekeringswet heeft verzekerd. Zorg en Zekerheid eindigt de verzekering, en wel met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand, volgend op die waarop het verzoek daartoe door Zorg en Zekerheid wordt ontvangen. De verzekeringnemer dient daartoe bewijsstukken, waaruit blijkt dat verzekerde elders op grond van de Zorgverzekeringswet is verzekerd, te overleggen.
- i. Indien het schriftelijke verzoek tot opzegging inclusief de benodigde bewijsstukken, als bedoeld in het voorgaande lid, wordt ontvangen voorafgaand aan de dag waarop de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt, wordt de verzekering bij Zorg en Zekerheid beëindigd met ingang van de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat.
- j. Indien de verzekerde op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet is verzekerd kan deze de zorgverzekering gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het Zorginstituut Nederland hem daarvan mededeling heeft gedaan, vernietigen indien de verzekerde aan het Zorginstituut Nederland en de zorgverzekeraar aantoonde in de periode bedoeld in artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet reeds bij een andere zorgverzekeraar verzekerd is.
- k. In afwijking van artikel 931 boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is Zorg en Zekerheid bevoegd een met Zorg en Zekerheid gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat degene die het Zorginstituut Nederland bij Zorg en Zekerheid verzekerde op dat moment niet verzekeringsplichtig was.
- l. Zo nodig in afwijking van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet kan, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, een verzekeringnemer een zorgverzekering als bedoeld in het eerste lid van artikel 9d van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

Artikel 37 Geschillen

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

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

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

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

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

- e. Indien u een klacht heeft over de Zorg en Zekerheid gehanteerde formulieren kunt u deze voorleggen aan de NZa. De klacht moet betrekking hebben op formulieren die naar uw oordeel overbodig of te ingewikkeld zijn. De uitspraak van de NZa is aan te merken als een bindend advies.

NZa
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Slotbepaling

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen ten aanzien van deze verzekeringsovereenkomst. In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Aldus door de ledenraad vastgesteld op 7 november 2014 met ingang van 1 januari 2015.

Rubriek E Informatie

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

Hoe krijg ik mijn nota vergoed?

Zorg en Zekerheid vergoedt alleen kosten op basis van de originele nota's (dus geen pinbonnen en/of kassabonnen), of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener.

U kunt uw nota's op de volgende manier indienen:

- schrijf uw Burger Service Nummer op de originele nota en stuur de originele nota('s) in een ongefrankeerde enveloppe aan:

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

- originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid, voor uw eigen administratie adviseren wij u een kopie te maken;
- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming te vragen, welke dat zijn kunt u terugvinden in deze polisvoorwaarden onder Rubriek B Omvang dekking.

Hoe krijg ik mijn buitenland nota vergoed?

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

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

Eén IBAN

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



Polisvoorwaarden 2015

Aanvullende verzekeringen

Rubriek A Omvang dekking

In deze rubriek vindt u de verstrekkingen en/of de vergoedingen waarop u, als verzekerde, recht heeft. In de artikelen is aangegeven onder welke voorwaarden en tot welk bedrag er maximaal recht op vergoeding bestaat. De Ledenraad heeft dit besloten op 7 november 2014. De vergoedingen voor de medische kosten vanuit de aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid zijn gebaseerd op het door of namens ons met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als er geen tarief is overeengekomen, vergoeden wij de medische kosten volgens het in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgestelde tarief. Indien er geen WMG-tarief is vastgesteld, vergoeden wij de medische kosten volgens de tarieven die staan op www.zorgenzekerheid.nl. De verzekeringsvoorwaarden en deze rubriek samen vormen de Algemene Voorwaarden van uw aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid.

Artikel 1 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Als kosten worden gezien de kosten van consulten, behandelingen en geneesmiddelen. Per verzekerde komen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking de kosten van:

- homeopathische/antroposofische geneesmiddelen;
- de volgende alternatieve behandelwijzen:
 - Acupunctuur;
 - Antroposofie;
 - Chiropractie;
 - Cranio sacraal therapie;
 - Haptotherapie;
 - (Klassieke) homeopathie;
 - Manuele geneeskunde;
 - Natuurgeneeskunde;
 - Orthomoleculaire geneeskunde;
 - Osteopathie;
 - Shiatsu (medisch).

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Geneesmiddelen:

- de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door de arts bij wie u onder behandeling bent;
- de middelen moeten worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudende huisarts;
- de geneesmiddelen dienen te zijn geregistreerd door de databank van het College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). De lijst met geregistreerde middelen kunt u raadplegen op www.cbg-meb.nl of is een middel van één van de volgende fabrikanten: Wala®, Weleda®, Heel®, Vogel®, Biohorma®, Vsm®, Reckeweg®, Dolyssos® of Steigerwald®.

Behandelwijzen:

- als het gaat om manuele geneeskunde, orthomoleculaire geneeskunde en natuurgeneeskunde moet de behandeling worden gegeven door een arts, die niet uw eigen huisarts is;
- voor alle overige genoemde alternatieve behandelwijzen geldt dat de behandelaar moet voldoen aan de voorwaarden die zijn genoemd bij de begripsomschrijvingen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Vergoedingspercentage en maximumbedrag gelden voor alle alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen samen.

	AV-Gemak
Maximum	€ 250,00
Behandelingen/ Consulten	100% tot maximaal € 25,00 per dag
Geneesmiddelen	50%

Artikel 2 Oogzorg

2.1 Brillenglazen, contact- of premiumlenzen en brilmonturen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde komen per 3 kalenderjaren voor vergoeding in aanmerking de kosten van de aanschaf van brillenglazen, contact- of premiumlenzen en brilmonturen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Er moet sprake zijn van een sterkte vanaf 2.25 dioptrieën per glas/lens (ook als er alleen een montuur wordt gedeclareerd).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

De maximale vergoeding geldt voor de kosten van glazen, lenzen en brilmontuur samen.

AV-Gemak
Maximaal € 50,00 éénmaal per 3 kalenderjaren

Artikel 3 Buitenland

3.1 Algemene voorwaarden voor vergoeding van de kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige hulp en/of 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 twee poliklinische behandelingen en zonder uitstel contact is opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (+31 71 5 825 444) of eventueel per e-mail (alarmcentrale@anwb.nl) of fax (+31 70 3 147 040);
- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist wordt meegestuurd;
- de vergoeding is per kalenderjaar.

3.2 Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De kosten moeten zijn gemaakt gedurende vakantie- of zakenreis (inclusief ski- en langlaufsport), stage- of studieperiode.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
- kostprijs in Europa; - buiten Europa maximaal 200% van het marktconforme dan wel WMG-tarief in Nederland*.

* De vergoeding tot maximaal 200% van het marktconforme dan wel het WMG-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

Voor landen buiten Europa (zoals de Verenigde Staten) wordt aangeraden een reisverzekering af te sluiten met dekking voor geneeskundige kosten.

3.2.1 Geneeskundige kosten

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor onderstaande geneeskundige kosten:

- 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 en openbaar vervoer. Maakt u gebruik van eigen vervoer, dan vergoedt Zorg en Zekerheid € 0,31 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.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
- kostprijs in Europa; - buiten Europa maximaal 200% van het marktconforme dan wel WMG-tarief in Nederland*.

* De vergoeding tot maximaal 200% van het marktconforme dan wel het WMG-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

3.2.2 Tandheelkundige kosten

Wat wordt er vergoed?

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het moet gaan om kosten van tandheelkundige noodhulp.

Welke kosten worden niet vergoed?

Uitgesloten zijn de kosten van kronen, brugwerk en implantaten.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
Geen vergoeding

3.2.3 Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor medisch noodzakelijke repatriëring en de noodzakelijke toezending van geneesmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het betreft:

- 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.

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

Welke kosten worden niet vergoed?

Kosten van repatriëring op sociale (niet-medische) gronden, anders dan in geval van overbrenging van een stoffelijk overschot, worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
Kostprijs

3.2.4 De kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het betreft de kosten van organisatie en bemiddeling door de ANWB Alarmcentrale in verband met de volgende gebeurtenissen:

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
Kostprijs

3.3 Uitsluitingen

Welke kosten worden niet vergoed?

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

- Verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies geldt van het Ministerie van Buitenlandse Zaken (zie www.minbuza.nl) of de ANVR;
- Kosten die voortvloeien uit skispringen, skivliegen, skijöring, ski-alpinisme, tourskiën, gletscherskiën, gletschertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, paraskiën, heliskiën, het onderdeel figuurspringen van freestyleskiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen). Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (071) 5 825 266 of declaraties@zorgenzekerheid.nl;
- 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 wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (071) 5 825 266 of declaraties@zorgenzekerheid.nl;
- Kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31ste week;
- Kosten die verband houden met tandheelkunde voor verzekerden met een AV-Gemak;
- Kosten die verband houden met alternatieve zorg zowel behandelingen als medicatie;
- Kosten die verband houden met paramedische zorg met uitzondering van de vooraf gemachtigde behandelingen;
- Kosten vermeld op nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

Artikel 4 Farmaceutische hulp

4.1 Anticonceptiva

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor anticonceptiva (orale geneesmiddelen, hulpmiddelen). Onder deze kosten vallen ook de verrichtingskosten van de (huis)arts.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de kosten worden vergoed exclusief de eventuele GVS-eigen bijdrage;
- de anticonceptiva dienen te worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt te worden door een gecontracteerde apotheker;
- het Reglement Farmacie is ook hier van kracht.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
100% vanaf 21 jaar (exclusief de GVS-eigen bijdrage)

Artikel 5 Paramedische behandelingen

5.1 Fysiotherapie

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- in geval van oedeemtherapie en littekentherapie kan de behandeling ook uitgevoerd worden door een huidtherapeut;
- in geval van een verbijzonderde zitting dient de behandeling te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die staat geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- een chronische aandoening dient benoemd te zijn op Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding beperkt tot een bepaalde periode, zoals in Bijlage 1 is aangegeven;
- voor een chronische aandoening geldt dat de therapie medisch noodzakelijk dient te zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist is voorgeschreven;
- per dag komt maximaal één zitting voor vergoeding in aanmerking tenzij:
 - voor meerdere zittingen op één dag medische noodzaak bestaat;
 - deze zittingen verantwoord gespreid zijn;
 - Zorg en Zekerheid vooraf aan de fysiotherapeut toestemming heeft gegeven;Indien niet aan bovenstaande uitzonderingen wordt voldaan, is de verzekerde er zelf voor verantwoordelijk dat er maximaal één zitting per dag plaatsvindt;
- fysiotherapie voor een niet-chronische aandoening is direct toegankelijk (er is geen verwijzing nodig). Deze DTF (Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie) omvat de 'screening' en de 'intake en onderzoek na screening'. Deze twee prestaties tellen elk afzonderlijk als een zitting (ook al vinden deze plaats op 1 dag of één aaneengesloten tijdseenheid). Bij een AA-praktijk of A-praktijk tellen de 'screening' en de 'intake en onderzoeken screening' samen voor 1 zitting. Zie voor de praktijkgegevens www.zorgenzekerheid.nl;
- groepsbehandelingen worden alleen vergoed indien de gecontracteerde fysiotherapeut hierover aanvullende afspraken heeft gemaakt met Zorg en Zekerheid. De behandelingen tellen mee voor de in artikel 5.1.1 aangegeven aantal behandelingen per aanvullende verzekering;
- het maximale aantal behandelingen dat is aangegeven per aanvullend pakket geldt voor de fysiotherapiebehandelingen die zijn omschreven onder 5.1.1 en 5.1.2 samen;
- indien u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut en/of oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én indien deze ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting;
- handelingen verricht tijdens de zitting, zoals shockwave en dry needling zijn onderdeel van de reguliere behandeling en mag de fysiotherapeut en/ of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- tijdens de behandeling verstrekte materialen, zoals verbandmiddelen en tape, zijn onderdeel van de behandeling en mag de fysiotherapeut en/ of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen.
- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen gesuperviseerde looptraining bij Claudicatio Intermittens gegeven door een gecontracteerde fysiotherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet. U vindt de gegevens van deze gecontracteerde ClaudicatioNet fysiotherapeuten op www.zorgenzekerheid.nl of u kunt ze opvragen via ons Contact Center (071) 5 825 825 of bij één van onze verzekeringswinkels.

5.1.1 Fysiotherapie door een gecontracteerde fysiotherapeut

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie per verzekerde per kalenderjaar, voor zowel chronische als niet-chronische aandoeningen, voor zover er geen recht is op vergoeding uit de basisverzekering.

Welke verbijzonderingen fysiotherapie worden vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor manuele therapie, kindfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie en geriatrie fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een gecontracteerde fysiotherapeut. U vindt de gegevens van deze gecontracteerde fysiotherapeuten op www.zorgenzekerheid.nl of u kunt ze opvragen via ons Contact Center: (071) 5 825 825 of bij één van onze verzekeringswinkels;
- bij Claudicatio Intermittens komen de eerste 20 behandelingen gesuperviseerde looptraining gegeven door een gecontracteerde fysiotherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet, in aanmerking voor vergoeding. Deze 20 behandelingen komen extra voor vergoeding in aanmerking en tellen niet mee voor het maximaal aantal behandelingen. Informeer bij uw fysiotherapeut of deze is aangesloten bij ClaudicatioNet;
- voor de verbijzonderingen fysiotherapie gelden de aanvullende voorwaarden zoals bepaald in artikel 5.1.3.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
Maximaal 9 behandelingen * vergoeding tezamen met oefentherapie

5.1.2 Fysiotherapie door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie per verzekerde per kalenderjaar voor chronische en niet-chronische aandoeningen, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering. Hiertoe behoren ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, oedeem- en huidtherapie, psychosomatische en geriatrie fysiotherapie. Voor deze verbijzonderingen fysiotherapie gelden de aanvullende voorwaarden zoals bepaald in artikel 5.1.3.

Per fysiotherapeutische behandeling wordt maximaal € 18,00 vergoed. Als onderdeel van het genoemde aantal behandelingen gelden ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, oedeem- en huidtherapie, psychosomatische en geriatrie fysiotherapie. Voor de genoemde verbijzonderingen fysiotherapie geldt een tarief van maximaal € 25,00 per behandeling.

Wat wordt er niet vergoed?

De prestaties screening, aan huis toeslagen en intake en onderzoek na screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
Maximaal 9 behandelingen * vergoeding tezamen met oefentherapie

5.1.3 Verbijzonderingen fysiotherapie

Manuele therapie

Als onderdeel van het aantal behandelingen per aanvullende verzekering, aangegeven in artikel 5.1.1 en 5.1.2, worden zo nodig maximaal 9 behandelingen manuele therapie vergoed. Zowel de behandelingen in de basisverzekering als de behandelingen in de aanvullende verzekering tellen mee voor deze 9.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Manuele therapie van het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie. De behandeling manuele therapie wordt vergoed voor aandoeningen behorend binnen de Domeinbeschrijving Manuele Therapie van de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT). De lijst met aandoeningen die vergoed worden, is bekend bij uw fysiotherapeut.

Kinderfysiotherapie

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Kinderfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister. De behandeling kinderfysiotherapie wordt vergoed voor aandoeningen behorend binnen de domeinbeschrijving Kinderfysiotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVFK). De lijst met aandoeningen die vergoed worden, is bekend bij uw fysiotherapeut.

Bekkenfysiotherapie

Als er sprake is van klachten in het gebied van bekken, buik en bekkenbodemp, zoals urine-incontinentie, zwangerschap gerelateerde bekken(bodem)klachten, kan er een behandelindicatie zijn voor bekkenfysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

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

Oedeemtherapie door een fysiotherapeut

Als er sprake is van aandoeningen aan het lymfatisch- of veneuze stelsel dan kan er sprake zijn van een behandelindicatie voor oedeem- of huidtherapie door een fysiotherapeut.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Oedeemtherapie van het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of door een huidtherapeut die gecontracteerd is door Zorg en Zekerheid;
- bij behandeling door een huidtherapeut is een geldige verwijzing aanwezig.

Psychosomatische fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met psychisch disfunctioneren, kan er een behandelindicatie zijn voor psychosomatische fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is opgenomen in het deelregister Psychosomatische fysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie;
- er dient sprake te zijn van matig tot zwaar gecompliceerde psychische herstel belemmerende factoren, een en ander ter beoordeling van de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid, met inachtneming van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP);
- de verzekerde is 18 jaar of ouder.

Geriatric fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met geriatriche problematiek, kan er een behandelindicatie zijn voor geriatriche fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

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

5.2 Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar

Wat wordt er vergoed?

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut Mensendieck dan wel een oefentherapeut Cesar;
- in geval van een verbijzonderde zitting dient de behandeling te worden uitgevoerd door een oefentherapeut die staat geregistreerd in het initiële register psychosomatisch oefentherapeut of het initiële register kinderoefentherapie van de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici;
- een chronische aandoening dient benoemd te zijn in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding beperkt tot een bepaalde periode, zoals in Bijlage 1 is aangegeven;
- voor een chronische aandoening geldt dat de therapie medisch noodzakelijk dient te zijn en door uw handelend arts of medisch specialist is voorgeschreven;
- per dag komt maximaal één zitting voor vergoeding in aanmerking tenzij:
 - a. voor meerdere zittingen op één dag medische noodzaak bestaat;
 - b. deze zittingen verantwoord gespreid zijn;
 - c. Zorg en Zekerheid vooraf aan de oefentherapeut toestemming heeft gegeven.Indien niet aan bovenstaande uitzonderingen wordt voldaan, is de verzekerde is er zelf voor verantwoordelijk dat er maximaal één zitting per dag plaatsvindt;
- indien u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen, al dan niet gegeven door een andere oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting. Wij vergoeden de kosten volgens het met de therapeut afgesproken tarief en het aangegeven maximum aantal behandelingen per pakket geldt voor de behandelingen Mensendieck en Cesar samen;
- bij Claudicatio Intermittens komen de eerste 20 behandelingen gesuperviseerde looptraining gegeven door een oefentherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet, in aanmerking voor vergoeding. Deze 20 behandelingen tellen niet mee voor het maximaal aantal behandelingen. Informeer bij uw oefentherapeut of deze is aangesloten bij ClaudicatioNet;
- bij een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt maximaal € 18,00 per behandeling vergoed, alleen bij een aantal verbijzonderingen (zie 5.1.3) geldt een tarief van maximaal € 25,00;

Wat wordt er niet vergoed?

- de prestaties screening en intake en onderzoek na screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed;
- de aan huis toeslagen door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
Maximaal 9 behandelingen * vergoeding tezamen met fysiotherapie

Artikel 6 Tandheelkundige hulp

Wat zijn de algemene voorwaarden voor vergoeding?

Kosten van een tandheelkundige behandeling worden alleen vergoed als die behandeling volgens Zorg en Zekerheid doelmatig is, in de beroepsgroep gebruikelijk is en als de behandeling niet onnodig kostbaar of ingewikkeld is. Zorg in de aanvullende verzekering is een aanvulling op de basisverzekering, daarom kan zorg uit de basisverzekering niet onder de aanvullende verzekering vallen. Voor vergoeding komen alleen de kosten in aanmerking die niet gedekt zijn door de zorgverzekering of op een andere wijze; zie ook Rubriek B, artikelen 8.f en 9. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of orthodontist, tenzij anders vermeld.

Behandelingen gericht op controle, preventie, mondhygiëne en tandvleesproblemen kunnen ook uitgevoerd en in rekening gebracht worden door een vrijgevestigde mondhygiënist. De bijbehorende behandelingen zijn beschreven in artikel 6.2.1.1. De vergoeding van de bijbehorende prestatiecodes vindt u op www.zorgzekerheid.nl.

De behandelingen worden vergoed volgens de tariefbeschikking zoals opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Indien de tariefbeschikking niet aanwezig is, dan worden ze vergoed volgens de tarieven gepubliceerd via de website van Zorg en Zekerheid www.zorgzekerheid.nl.

De bedragen zoals gemeld in de vergoedingentabellen zijn per verzekerde per kalenderjaar, tenzij anders vermeld.

Welke kosten worden niet vergoed?

- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet tijdig afgemelde afspraken;
- de kosten voor röntgendiagnostiek boven de € 35,00 per kalenderjaar;
- de kosten voor M01 (preventieve voorlichting), M02 (evaluatie) en M03 (gebitsreiniging) tezamen boven de 30 minuten;
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- maken en beoordelen van meer-dimensionale kaakfoto's;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- bleken van elementen;
- bij orthodontie het gebruik van een elektronische chip en bespreken van de gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur, inclusief de techniekkosten;
- bij orthodontie de vacuümgevormde hoesjes, b.v. Invisalign®;
- de kosten die bij u in rekening worden gebracht als u voor de volledige gebitsprothese naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat.

6.1.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden tot 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor tandheelkundige hulp.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
75% tot maximaal € 250,00

6.2 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

6.2.1 Controle, preventie, röntgendiagnostiek en mondhygiëne

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de volledige kosten voor tandheelkundige behandelingen met betrekking op controles, preventie en mondhygiëne indien de behandelingen uitgevoerd en gedeclareerd worden door een tandarts.

In aanmerking komen de kosten voor de behandelingen met betrekking op controle, preventie en mondhygiëne uitgevoerd en gedeclareerd door een vrijgevestigde mondhygiënist volgens de tarievenlijst vastgesteld door Zorg en Zekerheid, zie www.zorgzekerheid.nl.

Welke kosten worden niet vergoed?

- de kosten voor röntgendiagnostiek boven de € 35,00 per kalenderjaar;
- de kosten voor M01 (preventieve voorlichting), M02 (evaluatie) en M03 (gebitsreiniging) tezamen boven de 30 minuten.

6.2.1.1 Mondhygiëne aan verzekerden vanaf 18 jaar uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor tandheelkundige behandelingen die betrekking hebben op controle, preventie, mondhygiëne en tandvleesbehandelingen.

Als u naar een niet-gecontracteerde mondhygiënist gaat worden de kosten vergoed volgens de vergoedingenlijst zoals door Zorg en Zekerheid opgesteld is.

De vergoedingenlijst is te raadplegen op www.zorgzekerheid.nl.

Welke kosten worden niet vergoed?

Prestaties die buiten de vergoedingenlijst op www.zorgzekerheid.nl vallen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
75% tot maximaal € 250,00

Het maximumbedrag per aanvullende verzekering geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 6.2.1, 6.2.1.1 en 6.2.2 samen.

6.2.2 Overige tandheelkundige behandelingen

Wat wordt er vergoed?

- benodigde tandheelkundige behandelingen, gedeclareerd door een tandarts;
- orthodontische behandeling, gedeclareerd door een orthodontist of tandarts;
- de eigen bijdrage in de kosten van de volledige gebitsprothese in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- de eigen bijdrage in de kosten van een volledige gebitsprothese op implantaten in boven en/of onderkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- gedeeltelijke prothetische voorziening in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- mondbeschermer gemaakt en gedeclareerd door een tandarts.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
75% tot maximaal € 250,00

Het maximumbedrag per aanvullende verzekering geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 6.2.1, 6.2.1.1 en 6.2.2 samen.

Rubriek B Verzekeringsvoorwaarden van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid 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 mede gedeeld.

2 Aanmelding

2.1 Aanvraag

De aanvraag voor de verzekering dient schriftelijk, telefonisch of online, te geschieden. De aanvrager verleent 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 Voorwaarden inschrijving

Als verzekerden voor de aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid kunnen worden ingeschreven:

- Personen woonachtig in Nederland of een ander EU/EER-land die als verzekerde zijn ingeschreven bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a., gevestigd te Leiden;
- Verzekerden woonachtig in Nederland die beschikken over een zorgverzekering bij een zorgverzekeraar voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert;
- Degenen die daartoe bij besluit van het bestuur van Zorg en Zekerheid zijn toegelaten.

2.3 Weigering van aanvraag

Zorg en Zekerheid kan de aanvraag weigeren indien er eerder sprake is geweest van een verzekering die 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 3.3.b bij het eerste streepje onder 1, 2 en 3.

2.4 Aanvaarding van de aanvullende verzekering

Door aanvaarding van de aanvullende verzekering neemt de 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 de toepasselijke bepalingen in Titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van verzwijging onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

2.6 Persoonsregistratie

- De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing;
- Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgverleners of zorginstellingen omtrent uw verzekeringsstatus. Zorg en Zekerheid behoudt zich in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken, met

inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Indien u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid;

- In het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert Zorg en Zekerheid conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een Incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

3. Aanvang en beëindiging van de verzekering

3.1 Ingang verzekering

- De verzekering gaat in op de eerste van de maand volgend op die waarin het verzoek tot aanvraag voor de verzekering bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen, dit geldt voor inschrijvingen voor kinderen, wijzigingen bij verzekerden die 18 jaar worden en verzekerden die uit een collectiviteit komen;
- Pasgeborenen worden ingeschreven per de geboortedatum, indien de pasgeborene(n) binnen 4 maanden na de geboorte zijn aangemeld. Bij aanmelding buiten deze 4 maanden geldt sub a van dit artikel;
- Indien Zorg en Zekerheid voor het afhandelen van de aanvraag voor de verzekering nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de eerste van de maand volgend op die waarin de benodigde informatie bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen;
- Indien u geen aanvullende verzekering heeft en/of naar een hogere of lagere aanvullende verzekering wenst te gaan (m.u.v. het genoemde onder 3.1.a) gaat de verzekering niet eerder in dan per 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar.

3.2 Termijn

- De verzekering gaat in op de datum die op het originele/gewijzigde polisblad als ingangsdatum is vermeld. U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de aanvullende verzekering niet op, dan verlengen wij de aanvullende verzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan plaatsvinden:
 - door uzelf (verzekeringnemer/verzekerde). U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk, telefonisch of per email opzeggen;
 - door gebruik te maken van de opzegservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar;
- Indien de verzekering ingaat op een andere datum dan 1 januari, wordt de verzekering afgesloten voor de resterende duur van het lopende kalenderjaar.

3.3 Beëindiging

- De verzekering eindigt:
 - na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer vóór 1 januari enig jaar schriftelijk, telefonisch of per email opzegt;
 - op het tijdstip waarop de verzekerde niet langer zijn vaste woonplaats heeft in Nederland of een ander EU/EER-land;
 - bij overlijden van verzekeringnemer of verzekerde;
 - bij opzegging door 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;
- 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:
 - Onjuiste opgave of verzwijging als bedoeld in 2.5;
 - Niet tijdige betaling als bedoeld in 6.1.g onder 1;
 - (Poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdrijven door de verzekerde;
 - indien niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving als bedoeld in 2.2;
 - 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.

3.4 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

- Iedere aanspraak op vergoedingen en/of verstrekkingen vervalt als door of namens verzekeringnemer/verzekerde wordt gefraudeerd dan wel enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
- Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;

- c. Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
- d. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
- e. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer/ verzekerde registreren in het Extern Verwijzingsregister en wordt aangifte gedaan bij de politie.

4 Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde

4.1 Verplichtingen

- a. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk, telefonisch of per email aan Zorg en Zekerheid wordt meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
 - adreswijziging;
 - huwelijk, aangaan van een samenlevingsverband;
 - geboorte (binnen 4 maanden) en overlijden;
 - aanvang detentie en einde detentie;
 - wijziging IBAN;
 - scheiding.
- b. De verzekeringnemer/verzekerde moet erop toezien dat op het polisblad de noodzakelijke wijzigingen zijn aangebracht;
- c. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking;
- d. 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;
- e. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen voor 31 december van het derde 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;
- f. Alle gevolgen voortvloeiend uit het niet of niet tijdig nakomen van de genoemde verplichtingen zijn voor risico van de verzekeringnemer/verzekerde;
- g. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht zich te onthouden van handelingen waar door 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. Wanneer er reeds tot vergoeding is overgegaan kan Zorg en Zekerheid deze vergoedingen terug vorderen;
- h. Kennisgevingen van Zorg en Zekerheid aan de verzekeringnemer, gericht aan diens laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt;
- i. Uw rechtsvordering, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd;
- j. Als Zorg en Zekerheid uw verzoek om vergoeding van zorgkosten geheel of gedeeltelijk afwijst, zal Zorg en Zekerheid u hiervan schriftelijk op de hoogte brengen. In geval van afwijzing verjaart uw rechtsvordering op Zorg en Zekerheid door verloop van zes maanden na dagtekening van de schriftelijke afwijzing;
- k. Om te voorkomen dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart, moet u Zorg en Zekerheid binnen de verjaringstermijn schriftelijk mededelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsvordering tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart;
- l. In geval van detentie wordt de dekking van de aanvullende verzekering voor de desbetreffende verzekerde opgeschort per de ingangsdatum van detentie, tenzij u ons mededeelt dat dit niet gewenst is. In geval van de hier bedoelde opschorting bent u geen premie verschuldigd. Ook wordt géén dekking verleend voor kosten gemaakt tijdens deze periode van opschorting. Uw aanvullende verzekering gaat weer in per de einddatum van de detentie, indien dit binnen 30 dagen na deze datum aan ons wordt doorgegeven. Wanneer u de einddatum niet binnen 30 dagen doorgeeft, zal de dekking van uw aanvullende verzekering pas weer ingaan op 1 januari van het volgende jaar.

4.2 Vrije keuze

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

5 Dekking

5.1 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 zijn bepalend voor de vaststelling van het recht op vergoeding. Eén en ander met inachtneming van hetgeen is bepaald in de artikelen 2.5, 6.1.g onder 1;
- b. De dekking is beperkt tot de bedragen of aantallen zoals aangegeven in de polisvoorwaarden;
- c. De inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van verstrekking en/of vergoedingen worden door het Bestuur vastgesteld, gehoord de Ledenraad. De verstrekkingen en/of vergoedingen worden via de polisvoorwaarden bekend gemaakt aan de verzekeringnemer/verzekerde op een door het Bestuur te bepalen wijze.

5.2 Pakketkeuze

- a. De verzekeringnemer/verzekerde kan kiezen voor verschillende aanvullende verzekeringen. Het is niet mogelijk om gelijktijdig voor meer dan één pakket te zijn verzekerd;
- b. Kinderen volgen het meest uitgebreide pakket van de ouder(s) waarbij ze op de polis staan indien en zover deze beschikken over een verzekering van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.;
- c. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een beperktere dekking dan moet de verzekeringnemer/verzekerde dit voor 1 januari van enig jaar schriftelijk, telefonisch of per email aan Zorg en Zekerheid kenbaar maken. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend;
- d. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een uitgebreidere dekking dan moet de verzekeringnemer/verzekerde dit voor 1 januari van enig jaar schriftelijk, telefonisch of per email aan Zorg en Zekerheid kenbaar maken. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend.

6 Premie

6.1 Premiebetaling

- a. Premie is verschuldigd voor elke verzekerde. Het bedrag wordt vastgesteld door het Bestuur, gehoord de Ledenraad;
- b. Verzekerden jonger dan 18 jaar zijn geen premie verschuldigd indien één van de ouders ook een aanvullende verzekering heeft afgesloten bij Zorg en Zekerheid. Indien geen van de ouders een aanvullende verzekering heeft afgesloten dan is de verzekerde jonger dan 18 jaar premieplichtig conform artikel 6.1 onder a;
- c. 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;
- d. Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan de premie te verrekenen met de door Zorg en Zekerheid te verlenen uitkeringen;
- e. De verzekeringnemer/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;
- f. De verplichting tot premiebetaling gaat in op de ingangsdatum en eindigt op de datum van beëindiging van de verzekering;
- g. Niet tijdige betaling:
 1. Als de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten kan Zorg en Zekerheid de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos schriftelijk is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van tenminste 14 dagen.
 2. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De verzekering gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
 3. Als een verzekeringnemer al is aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft Zorg en Zekerheid bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- h. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die de premie is verschuldigd. De buitengerechtigde kosten worden gesteld op ten minste een bedrag van € 15,00. De buitengerechtigde kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd in gebreke is.

6.2 Assurantiebelasting

Als Zorg en Zekerheid voor verzekerden in het buitenland over de verzekeringspremies belasting moet afdragen, dan zal Zorg en Zekerheid deze bij u in rekening brengen. U bent verplicht deze belastingen binnen de door Zorg en Zekerheid gesteld termijnen te voldoen. Als u niet tijdig geheel voldoet aan de verplichting tot betaling, zal dit leiden tot schorsing van de dekking en beëindiging van de aanvullende verzekering zoals bepaald in artikel 6.1 lid g lid 1 van deze polisvoorwaarden.

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 bekend maken 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 of per email 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.

7.4 Voortzetting verzekering

Heeft Zorg en Zekerheid voor de 31ste dag na de bekendmaking van de wijziging geen schriftelijk of per email 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:

- 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 Zorgverzekeringswet of AWBZ aanspraak bestaat;
- Bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking.

8 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten:

- 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;
- 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, munitie;
- Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met terrorisme voor zover niet anders is bepaald in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekersmaatschappij voor Terrorismede schade NV. Het clausuleblad is op 6 januari 2005 gedeponneerd bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen op www.terrorisneverzekerd.nl en www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met ons Contact Center via het telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan één van onze winkels;
- Indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeit uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- De uitsluiting in 8.d 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);
- Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt hetgeen is bepaald in 8.e geen toepassing;
- Indien en voor zover u daarop aanspraken heeft ingevolge de Zorgverzekeringswet polisvoorwaarden van uw zorgverzekering of de AWBZ;
- Indien de kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in Rubriek A 3.

9 Dubbele dekking

- 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;
- Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder de in lid a genoemde verzekeringen en regelingen is verleend of zou zijn verleend, indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan.

10 Geschillen

Op deze verzekering is het 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
Antwoordnummer 12030
2300 VC 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:

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

11 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur. Aldus door de Ledenraad vastgesteld op 7 november 2014 met ingang van 1 januari 2015.

Rubriek C Informatie

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

Kortingsregelingen

Zorg en Zekerheid biedt voor brillen, medisch specialistische zorg en hulpmiddelen een aantal kortingsmogelijkheden aan. Meer informatie kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

Hoe krijg ik mijn nota vergoed?

Zorg en Zekerheid vergoedt alleen kosten op basis van de originele nota's (dus geen pinbonnen en/of kassabonnen), of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener.

- schrijf uw Burger Service Nummer op de originele nota en stuur uw originele nota('s) in een ongefrankeerde enveloppe aan:

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

- originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid, voor uw eigen administratie adviseren wij u een kopie te maken;
- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming te vragen, welke dat zijn kunt u terugvinden in deze polisvoorwaarden onder rubriek A Omvang dekking.

Hoe krijg ik mijn buitenland nota vergoed?

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

Zorg en Zekerheid
T.a.v. de Afdeling declaraties Buitenland
Antwoordnummer 12030
2300 VC LEIDEN

- 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 zijn gewaarmerkt;
- nota's dienen bij voorkeur in het Frans, Duits of Engels te worden opgesteld. Originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden;
- indien Zorg en Zekerheid het noodzakelijk acht dat de ingediende nota('s) moet(en) worden vertaald, dan kan Zorg en Zekerheid de verzekerde verzoeken om de nota('s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler;
- vertaalkosten, als bedoeld in het voorgaande gedachtestreepje komen niet voor een vergoeding in aanmerking;
- de vergoeding van de gemaakte kosten vindt plaats in Nederland in euro's. Dit met inachtneming van de omrekenkoers conform de richtlijnen van de Europese Centrale Bank (ECB). Mocht deze koers ontbreken, dan wordt de omrekenkoers gehanteerd naar de dag van behandeling, tenzij er sprake is van een duidelijke afwijking van de parallelkoers of van het ontbreken van een notering.

Eén IBAN

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

Postbus 400, 2300 AK Leiden
T. (071) 5 825 825
F. (071) 5 825 011
www.zorgenzekerheid.nl
K.v.K. Leiden 28050216
AFM nummer 12001019