



Polisvoorwaarden 2016

**Basisverzekering Zorg Vrij Polis
en aanvullende verzekeringen**

Vergoedingenoverzicht	5
Begripsomschrijvingen	18
Basisverzekering Zorg Vrij Polis	29
Rubriek A Grondslag van de verzekering	30
Rubriek B Omvang Dekking	33
Artikel 5 Huisartsenzorg	33
Artikel 6 Medisch specialistische zorg (excl. geestelijke gezondheidszorg)	33
Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg	35
Artikel 8 Revalidatie	37
Artikel 9 Orgaantransplantaties	38
Artikel 10 Dialyse	38
Artikel 11 Mechanische beademing	39
Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen	39
Artikel 13 Trombosedienst	39
Artikel 14 Erfelijkheidadvies	40
Artikel 15 Audiologische zorg	40
Artikel 16 Vruchtbaarheid gerelateerde zorg	40
Artikel 17 Paramedische zorg	41
Artikel 18 Mondzorg	45
Artikel 19 Farmaceutische zorg	48
Artikel 20 Hulpmiddelen	50
Artikel 21 Ziekenvervoer	51
Artikel 22 Buitenland	52
Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg	54
Artikel 24 Ketenzorg	57
Artikel 25 Stoppen met Roken	57
Artikel 26 Zintuigelijk gehandicaptenzorg	57
Artikel 27 Verpleging en verzorging (wijkverpleging)	58
Rubriek C Uitsluitingen	59
Rubriek D Verzekeringsvoorwaarden	61
Rubriek E Informatie	68
Aanvullende verzekeringen	69
Rubriek A Omvang dekking	70
Artikel 1 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen	70
Artikel 2 Oogzorg	71
Artikel 3 Buitenland	71
Artikel 4 Farmaceutische hulp	75
Artikel 5 Geboortezorg	76
Artikel 6 Herstel en verblijf	80
Artikel 7 Huidtherapie	81
Artikel 8 Hulpmiddelen	83
Artikel 9 Medisch Specialistische hulp	85
Artikel 10 Paramedische behandelingen	87
Artikel 11 Preventie	93
Artikel 12 Psychologische zorg	95
Artikel 13 Tandheelkundige hulp	96
Artikel 14 Overige	99
Rubriek B Verzekeringsvoorwaarden	102
Rubriek C Informatie	109

Vergoedingenoverzicht 2016	Basisverzekering Zorg Zeker Polis Zorg Vrij Polis	Artikel- nummer	AV-Basis	AV-Sure		AV- Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin	AV-Top	AV-Plus	AV-Totaal	Artikel- nummer
Geneeskundige kosten buiten Europa	100%* Nederlands tarief	B22.2.2	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis- verzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis- verzekering)		max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis- verzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis- verzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis- verzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis- verzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis- verzekering)	max. 200% Nederlands tarief (aanvulling op de vergoeding in de basis- verzekering)	A3.3.1
Tandheelkundige noodkosten	-		-	-		-	-	100% max. € 345,00	100% max. € 345,00	100% max. € 345,00	100% max. € 345,00	A3.3.2
Medisch noodzakelijke repatriëring en toezending geneesmiddelen	-		100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	A3.3.3
Hulpverlening ANWB alarmcentrale bij medisch noodzakelijke hulp	-		100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	A3.3.4
Zuurstof op vakantie	-		100% max. € 600,00	100% max. € 600,00		100% max. € 600,00	-	100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	A3.5
Farmaceutische zorg												
Geneesmiddelen	volgens Reglement Farmaceutische Zorg	B19.2	-	-		-	-	-	-	-	-	
ADHD geneesmiddelen	100%*, exclusief eigen bijdrage	B19.2	-	-		-	-	100% max. € 250,00 vergoeding GVS-eigen bijdrage	100% max. € 100,00 vergoeding GVS-eigen bijdrage	-	100% max. € 250,00 vergoeding GVS-eigen bijdrage	A4.1
Anticonceptie (pil, spiraal, pessarium)	vanaf 18 tot 21 jaar buiten het verplicht eigen risico bij gecontracteerde zorg	A3.1	-	100% vanaf 21 jaar (exclusief GVS-eigen bijdrage)		100% vanaf 21 jaar (exclusief GVS-eigen bijdrage)	-	100% vanaf 21 jaar (exclusief GVS-eigen bijdrage)	100% vanaf 21 jaar (exclusief GVS-eigen bijdrage)	-	100% vanaf 21 jaar (exclusief GVS-eigen bijdrage)	A4.2
Maagzuurremmers	-		100% max. € 35,00	100% max. € 35,00		100% max. € 35,00	-	100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	A4.3
Vaccinaties diarree bij zuigelingen	-		-	-		-	-	100% max. € 200,00	-	-	100% max. € 200,00	A4.4
Geboortezorg												
Kraampakket	-		standaard pakket	-		standaard pakket	-	uitgebreid pakket	uitgebreid pakket	-	uitgebreid pakket	A5.1
Bevalling thuis	100%*	B7.2	-	-		-	-	-	-	-	-	
Bevalling met medische noodzaak in het ziekenhuis	100%*	B7.2	-	-		-	-	-	-	-	-	
Bevalling zonder medische noodzaak in het ziekenhuis	100%*, exclusief eigen bijdrage	B7.2	-	-		vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 75,00	-	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 250,00	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 100,00	-	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 250,00	A5.2
Kraamzorg	100%*, exclusief eigen bijdrage	B7.3	-	-		-	-	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 250,00	-	-	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 250,00	
Verlengde/ uitgestelde kraamzorg	-		-	-		-	-	max. 16 uur	max. 16 uur	-	max. 16 uur	A5.3.1/ A5.3.2
Elektrische borstkolf (huur of koop)	-		-	-		max. € 40,00	-	max. € 40,00	max. € 40,00	-	max. € 40,00	A5.4
Prenatale screening en structureel echoscopisch onderzoek	100%*	B7.1	-	-		-	-	-	-	-	-	
Zwangerschapscursus	-		100% max. € 100,00	-		100% max. € 100,00	-	100% max. € 100,00	100% max. € 100,00	-	100% max. € 100,00	A5.5

Vergoedingenoverzicht 2016	Basisverzekering Zorg Zeker Polis Zorg Vrij Polis	Artikel- nummer	AV-Basis	AV-Sure		AV- Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin	AV-Top	AV-Plus	AV-Totaal	Artikel- nummer
Borstvoedingscursus	-		100% max. € 20,00	-		100% max. € 20,00	-	100% max. € 20,00	100% max. € 20,00	-	100% max. € 20,00	A5.6
Combinatietest (bloedonderzoek en nekplooiemeting)	-		-	-		100% max. € 150,00	-	100% max. € 150,00	100% max. € 150,00	-	100% max. € 150,00	A5.7
Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT)	100%* bij positieve combinatietest of onder voorwaarden	B7.1	-	-		-	-	-	-	-	-	
Preconceptieconsult	-		100% max. € 150,00	100% max. € 150,00		100% max. € 150,00	-	100% max. € 150,00	100% max. € 150,00	-	100% max. € 150,00	A5.8
Lactatiekundige (begeleiding en advies bij borstvoeding)	-		-	-		-	-	100% max. € 150,00	-	-	100% max. € 150,00	A5.9
Herstel en verblijf												
Herstellingsoord, zorghotel en hospice	-		max. € 35,00 per dag max. € 1.050,00	-		max. € 35,00 per dag max. € 1.050,00	-	max. € 50,00 per dag max. € 1.500,00	max. € 50,00 per dag max. € 1.500,00	max. € 50,00 per dag max. € 1.500,00	max. € 50,00 per dag max. € 1.500,00	A6.1
Kuurreizen (per 2 kalenderjaren)	-		100% max. € 1.050,00	-		100% max. € 1.050,00	-	100% max. € 1.050,00	100% max. € 1.050,00	100% max. € 1.050,00	100% max. € 1.050,00	A6.2
Logeershuis (o.a. Ronald McDonald Huis)	-		100% max. € 15,00 per dag	-		100% max. € 15,00 per dag	-	100% max. € 20,00 per dag	100% max. € 15,00 per dag	100% max. € 15,00 per dag	100% max. € 20,00 per dag	A6.3
Therapeutisch kamp voor jongeren (o.a. KIKA en De Luchtballon)	-		50% max. € 350,00	-		50% max. € 350,00	-	100% max. € 350,00	100% max. € 300,00	-	100% max. € 350,00	A6.4
Vervangende mantelzorg	-		-	-		-	-	100% max. 6 weken	100% max. 6 weken	100% max. 6 weken	100% max. 6 weken	A6.5
Huidtherapie												
Acnébehandeling	-		-	100% max. € 150,00		-	-	100% max. € 250,00	100% max. € 150,00	-	100% max. € 250,00	A7.1
Camouflagetherapie	-		50% max. € 115,00	50% max. € 115,00		50% max. € 115,00	-	75% max. € 115,00	75% max. € 115,00	75% max. € 115,00	100% max. € 150,00	A7.2
Dermatografie	-		50% max. € 200,00	-		50% max. € 200,00	-	75% max. € 200,00	75% max. € 200,00	75% max. € 200,00	100% max. € 250,00	A7.3
Elektrische epilatie of laserontharing	-		50% max. € 550,00	50% max. € 550,00		50% max. € 550,00	-	75% max. € 1.100,00	75% max. € 1.100,00	75% max. € 1.100,00	100% max. € 1.500,00	A7.4
Voetverzorging voor verzekerden met suikerziekte of reumapatiënten	100%* bij suikerziekte (minimaal Zorgprofiel 2)	B24.2	-	-		-	-	-	-	100% max. € 210,00 (bij suikerziekte alleen Zorg- profiel 0 en 1)	100% max. € 210,00 (bij suikerziekte alleen Zorg- profiel 0 en 1)	A7.5
Huisarts												
Consulten en behandelingen	100%*	B5	-	-		-	-	-	-	-	-	
Hulpmiddelen												
Medische hulpmiddelen	volgens Reglement Hulpmiddelen	B20	-	-		-	-	-	-	-	-	
Hulpmiddelen (prothese bh, pruiken, hoortoestel(per oor), steunpessarium)	ja, exclusief eigen bijdrage	B20	100% max. € 70,00 per hulpmiddel	-		100% max. € 70,00 per hulpmiddel	-	100% max. € 140,00 per hulpmiddel	100% max. € 140,00 per hulpmiddel	100% max. € 140,00 per hulpmiddel	100% max. € 200,00 per hulpmiddel	A8.1
Plaswekker	-		100% max. € 85,00	-		100% max. € 85,00	-	100% max. € 85,00	100% max. € 85,00	-	100% max. € 85,00	A8.2
Steunzolen	-		50% max. € 35,00	-		50% max. € 35,00	-	100% max. € 70,00	100% max. € 70,00	100% max. € 70,00	100% max. € 100,00	A8.3
Hulpmiddelen bij thuisverpleging	-		75% max. € 40,00	-		75% max. € 40,00	-	75% max. € 40,00	75% max. € 40,00	75% max. € 40,00	75% max. € 40,00	A8.4

Vergoedingenoverzicht 2016	Basisverzekering Zorg Zeker Polis Zorg Vrij Polis	Artikel- nummer	AV-Basis	AV-Sure		AV- Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin	AV-Top	AV-Plus	AV-Totaal	Artikel- nummer
Verbandmiddelen bij chronisch gebruik	volgens Reglement Hulpmiddelen	B20	-	-		-	-	-	-	-	-	
Alarmering op sociale indicatie	-		max. € 3,50 per maand	-		max. € 3,50 per maand	-	max. € 4,00 per maand	max. € 4,00 per maand	max. € 4,00 per maand	max. € 5,00 per maand	A8.5
Gehoorbeschermers	-		-	100% max. € 40,00		-	-	100% max. € 40,00	-	-	100% max. € 40,00	A8.6
Medisch specialistische zorg en ziekenhuisverblijf												
Medisch specialistische zorg en verpleging	100%* m.u.v. specifiek uitgesloten zorg	B6.2	-	-		-	-	-	-	-	-	
Flebologie/ proctologie	-		50% max. € 75,00	-		50% max. € 75,00	-	75% max. € 100,00	75% max. € 100,00	75% max. € 100,00	100% max. € 150,00	A9.1
Oorstandcorrecties	-		-	-		-	-	100% max. € 500,00	100% max. € 500,00	-	100% max. € 500,00	A9.5
Besnijdenis												
Zonder medische indicatie tot 18 jaar	-		-	-		-	-	75% max. € 115,00	75% max. € 115,00	-	100% max. € 150,00	A9.2
Met medische indicatie	-		50% max. € 600,00	50% max. € 600,00		50% max. € 600,00	-	75% max. € 600,00	75% max. € 600,00	75% max. € 600,00	100% max. € 600,00	A9.3
Sterilisatie												
Bij mannen	-		-	-		-	-	100% max. € 150,00 door huisarts, 75% max. € 150,00 door specialist	100% max. € 150,00 door huisarts, 75% max. € 150,00 door specialist	-	100% max. € 150,00 door huisarts of specialist	A9.4
Bij vrouwen	-		-	-		-	-	75% max. € 350,00 door specialist	75% max. € 350,00 door specialist	-	100% max. € 700,00 door specialist	A9.4
Paramedische behandelingen												
Oefentherapie max. aantal behandelingen uit aanvullende verzekering voor chronische en niet chronische behandelingen samen												
Tot 18 jaar												
Fysiotherapie	100%* met chronische aandoening; max. 9 behandelingen met niet-chronische indicatie, bij ontoereikend resultaat max. 9 behandelingen extra	B17.3	max. 12 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	max. 12 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)		max. 12 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	max. 9 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	max. 25 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	max. 25 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	max. 25 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	alle medisch noodzakelijke behandelingen door gecon- tracteerde fysiotherapeut of max. 40 behandelingen door niet- gecontracteerde fysiotherapeut (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	A10.1
Oefentherapie Cesar/Mensendieck			max. 12 behandelingen	max. 12 behandelingen		max. 12 behandelingen		max. 25 behandelingen	max. 25 behandelingen	max. 25 behandelingen	alle medische noodzakelijke behandelingen door gecon- tracteerde therapeut of max. 40 behandelingen door niet- gecontracteerde therapeut	A10.2

Vergoedingenoverzicht 2016	Basisverzekering Zorg Zeker Polis Zorg Vrij Polis	Artikel- nummer	AV-Basis	AV-Sure		AV- Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin	AV-Top	AV-Plus	AV-Totaal	Artikel- nummer
Vanaf 18 jaar												
Fysiotherapie	100%* vanaf 21ste behandeling met chronische aandoening	B17.4	max. 12 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	max. 12 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)		max. 12 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	max. 9 behandelingen	max. 25 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	max. 25 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	max. 25 behandelingen (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	alle medisch noodzakelijke behandelingen door gecontracteerde fysiotherapeut of max. 40 behandelingen door niet- gecontracteerde fysiotherapeut (inclusief max. 9 behandelingen Manuele therapie)	A10.1
Oefentherapie Cesar/Mensendieck			max. 12 behandelingen	max. 12 behandelingen		max. 12 behandelingen		max. 25 behandelingen	max. 25 behandelingen	max. 25 behandelingen	alle medisch noodzakelijke behandelingen door gecontracteerde therapeut of max. 40 behandelingen door niet- gecontracteerde therapeut	A10.2
Overige therapieën												
Beweegprogramma's (waaronder Fitkids en JOGG)	-		50% max. € 500,00 per 2 kalender- jaren	50% max. € 500,00 per 2 kalender- jaren		50% max. € 500,00 per 2 kalender- jaren	-	75% max. € 500,00 per 2 kalender- jaren	75% max. € 500,00 per 2 kalender- jaren	75% max. € 500,00 per 2 kalender- jaren	100% max. € 500,00 per 2 kalender- jaren	A10.1.4
Ergotherapie	max. 10 uur	B17.5	-	-		-	-	-	-	max. 10 uur	max. 10 uur	A10.4
Logopedie	100%*	B17.6	-	-		-	-	-	-	-	-	
Voedingsvoorlichting/diëtetiek	max. 3 behandeluren	B17.7	-	-		-	-	7 kwartier tot 18 jaar	7 kwartier tot 18 jaar	-	10 kwartier tot 18 jaar	A10.3
Podoloog, podo(posturale)therapie	-		100% max. € 50,00	-		100% max. € 50,00	-	100% max. € 100,00	100% max. € 100,00	100% max. € 100,00	100% max. € 125,00	A10.5
Stottertherapie (methode Dixhoorn, Del-Ferro, Boma of Hausdörfer)	-		-	-		-	-	100% max. € 400,00	75% max. € 350,00	-	100% max. € 400,00	A10.6
Preventieve cursussen/voorlichting												
GeZZondCheck (eenmaal per 2 kalenderjaren)	-		100%	100%		100%	-	100%	100%	100%	100%	A11.1
Preventieve cursussen (bijvoorbeeld stoppen met roken, afvallen, EHBO, medisch verantwoorde trainingsprogramma's, Meer bewegen voor Ouderen)	-		50% max. € 115,00	50% max. € 115,00		50% max. € 115,00	-	75% max. € 150,00	75% max. € 150,00	75% max. € 150,00	100% max. € 175,00	A11.2
Stoppen met Roken	één programma per kalenderjaar	B25										
Overgangsconsulent	-		-	-		-	-	75% max. € 115,00	75% max. € 115,00	75% max. € 115,00	100% max. € 150,00	A11.3
Sport Medisch Advies (SMA)	-		-	100% max. € 120,00		-	-	100% max. € 100,00	100% max. € 100,00	100% max. € 100,00	100% max. € 150,00	A11.4

Vergoedingenoverzicht 2016	Basisverzekering Zorg Zeker Polis Zorg Vrij Polis	Artikel- nummer	AV-Basis	AV-Sure		AV- Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin	AV-Top	AV-Plus	AV-Totaal	Artikel- nummer
Psychologische en psychotherapeutische zorg												
Generalistische Basis GGZ vanaf 18 jaar												
Korte -, middellange-, intensieve- en chronische behandeling na verwijzing	100%*	B23.2	-			-	-					
Gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar												
Klinische gespecialiseerde GGZ na een verwijzing	100%*, max. 365 dagen (indien noodzakelijk verlenging tot 1.095 dagen)	B23.5	-	-		-	-	-	-	-	-	
Niet-klinische gespecialiseerde GGZ na een verwijzing	100%*	B23.6	-	-		-	-	-	-	-	-	
Overige psychologische zorg												
Overige hulp (o.a. Helen Dowling Instituut, Herstel en Balans en alternatieve psychologische hulp)	-		-	75% max. € 200,00		-	-	75% max. € 320,00	75% max. € 320,00	75% max. € 320,00	100% max. € 500,00	B12.1
Psychologische zorg voor ouder en kind (Nanny Training, Remedial Teaching, behandeling dyslexie en integratieve kinder- en speltherapie)	-		-	-		-	-	-	-	-	-	
Lichttherapie voor seizoensdepressie	-		max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of eenmalig € 70,00 voor aanschaf	max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of eenmalig € 70,00 voor aanschaf		max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of eenmalig € 70,00 voor aanschaf	-	max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of eenmalig € 70,00 voor aanschaf	max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of eenmalig € 70,00 voor aanschaf	max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of eenmalig € 70,00 voor aanschaf	max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of eenmalig € 70,00 voor aanschaf	B12.2
Revalidatie												
Revalidatie	100%*	B8	-	-		-	-	-	-	-	-	
Tandheelkundige hulp												
Tandheelkundige hulp tot 18 jaar (in aanvulling op de basisverzekering)												
Basis tandheelkundige hulp exclusief kronen en bruggen	100%*, exclusief uitsluitingen	B18.1, B18.2	-	-		-	-	-	-	-	-	
Extra tandheelkundige hulp (gegoten vullingen en kronen en bruggen)	-		-	75% max. € 150,00		75% max. € 150,00	75% max. € 250,00	75% max. € 500,00	75% max. € 500,00	75% max. € 500,00	85% max. € 1.000,00	A13.1.1
Orthodontie tot 18 jaar	-		-	-		-	100% max. € 1.000,00	100% max. € 2.000,00	100% max. € 1.750,00	-	100%	A13.1.2
Tandheelkundige hulp vanaf 18 jaar (maximum geldt voor alle vergoedingen samen)												
Totale maximum vergoeding voor tandheelkundige hulp	-		-	max. € 150,00		max. 150,00	max. € 250,00	max. € 500,00	max. € 500,00	max. € 500,00	max. € 1.000,00	A13.2
- controle, preventie en mondhygiëne (max. 30 minuten M01, M02, M03) - röntgendiagnostiek (max. € 35,00)	-		-	100% tot de maximum vergoeding		100% tot de maximum vergoeding	100% tot de maximum vergoeding	100% tot de maximum vergoeding	100% tot de maximum vergoeding	100% tot de maximum vergoeding	100% tot de maximum vergoeding	A13.2.1
- overige tandheelkundige hulp (o.a. gegoten vullingen, kronen en bruggen, orthodontie, prothetische hulp en eigen bijdrage volledige gebitsprothese)	-		-	75% tot de maximum vergoeding		75% tot de maximum vergoeding	75% tot de maximum vergoeding	75% tot de maximum vergoeding	75% tot de maximum vergoeding	75% tot de maximum vergoeding	85% tot de maximum vergoeding	A13.2.2
Volledige gebitsprothesen	75%*	B18.3	-	-		-	-	-	-	-	-	
Kaakchirurgische zorg	100%*	B18.3	-	-		-	-	-	-	-	-	
Gebitsprothesen reparaties en rebasen	100%*	B18.3	-	-		-	-	-	-	-	-	
Ongeval dekking tandheekunde	-			100% max. € 1.500,00		100% max. € 1.500,00	100% max. € 1.500,00	100% max. € 1.500,00	100% max. € 1.500,00	100% max. € 1.500,00	100% max. € 2.000,00	A13.3

Vergoedingenoverzicht 2016	Basisverzekering Zorg Zeker Polis Zorg Vrij Polis	Artikel- nummer	AV-Basis	AV-Sure		AV- Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin	AV-Top	AV-Plus	AV-Totaal	Artikel- nummer
Implantaten in betande kaak	-		-	-		-	-	-	-	100% max. € 750,00 door tandarts of 100% max. € 500,00 door kaakchirurg	100% max. € 750,00 door tandarts of 100% max. € 500,00 door kaakchirurg	A13.4
Tandheelkundige zorg bijzondere gevallen	100%*, exclusief eigen bijdrage	B18.4.1	-	-		-	-	-	-	-	-	
Delen van tandvergoeding (* tegen extra premie)												
Totaal vergoeding per twee (betalende) verzekerden	-		-	max. € 300,00		max. € 300,00	max. € 500,00	max. € 1.000,00	max. € 1.000,00	max. € 1.000,00	max. € 2.000,00	A13.2.3
Overige vergoedingen												
Bezoekkosten opgenomen gezinslid	-		100% max. € 250,00	-		100% max. € 250,00	-	100% max. € 250,00	100% max. € 250,00	100% max. € 250,00	100% max. € 300,00	A14.1
Contributie patiënten vereniging voor chronische aandoeningen	-		max. € 20,00	-		max. € 20,00	-	max. € 20,00	max. € 20,00	max. € 20,00	max. € 20,00	A14.2
Vergoeding eigen bijdrage Wlz/WMO	-		-	-		-	-	-	-	100% max. € 200,00	100% max. € 200,00	A14.4
Lidmaatschap thuiszorgorganisatie	-		-	-		-	-	100% max. € 17,50	-	-	100% max. € 17,50	A14.5
Lidmaatschap sportvereniging tot 18 jaar	-		-	-		-	-	100% max. € 50,00 bij NOC*NSF en gecontracteerde sportverenig- ingen en instellingen	-	-	100% max. € 50,00 bij NOC*NSF en gecontracteerde sportverenig- ingen en instellingen	A14.6
Verpleging en verzorging												
Verpleging en verzorging (wijkverpleging)	100%*	B27	-	-		-	-	-	-	-	-	
ZvW PGB bij verpleging en verzorging (wijkverpleging)	100%*	B27.1	-	-		-	-	-	-	-	-	
Vervoer												
Ambulancevervoer	100%* max. 200 km	B21.2	-	-		-	-	-	-	-	-	
Zittend ziekenvervoer bij bepaalde medische indicaties, na toestemming van de Vervoerslijn												
Met openbaar vervoer	100%*, exclusief eigen bijdrage	B21	-	-		-	-	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 98,00	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 98,00	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 98,00	vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 98,00	A14.3
Met eigen auto	€ 0,30 per km, exclusief eigen bijdrage	B21.6	-	-		-	-					
Met taxi	100%*, exclusief eigen bijdrage	B21	-	-		-	-					
Zintuiglijk gehandicaptenzorg												
Extramurale zintuiglijk gehandicaptenzorg	100%*	B26	-	-		-	-	-	-	-	-	
* Voor niet-gecontracteerde zorgverleners gelden andere vergoedingen, deze kunt u vinden in de polisvoorwaarden. Voor de Zorg Vrij Polis geldt: de vergoedingspercentages (%) in dit overzicht berekenen wij over de wettelijk vastgestelde tarieven en indien deze er niet zijn over de marktconforme tarieven. Zie hiervoor 'Artikel 2 Dekking' van de polisvoorwaarden.												

Begripsomschrijvingen

Acupuncturist

Een acupuncturist die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG (Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) en die de aanvullende opleiding acupunctuur heeft afgerond. Of iemand met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgenzekerheid.nl.

Ambulancevervoer

Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

Antroposofisch therapeut

Een antroposofisch therapeut moet voldoen aan één van onderstaande voorwaarden:

- een fysiotherapeut die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een diëtist, logopedist of oefentherapeut die voldoet aan de eisen in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een verpleegkundige of een verloskundige die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die de hbo-opleiding kunstzinnige of euritmitherapie heeft afgerond;
- een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die een aanvullende opleiding op het gebied van antroposofische (psychosociale) hulpverlening heeft afgerond.

Alle therapeuten dienen te zijn geregistreerd bij de beroepsverenigingen die zijn aangesloten bij de Federatie Antroposofische Gezondheidszorg (FAG). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgenzekerheid.nl.

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, lid 5, van de Geneesmiddelenwet.

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts aan wie krachtens artikel 61, lid 10 en 11, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Arts

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

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Basisverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel hoofdverzekering of zorgverzekering genoemd.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

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

Bestuur

Raad van Bestuur van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee door Zorg en Zekerheid gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid is vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Centrum voor medisch specialistische zorg

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

Chiropractor

Een chiropractor die is geregistreerd als beroepsbeoefenaar in de chiropractie en die een opleiding op academisch niveau (erkend 'college of chiropractic') heeft afgerond. Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgenzekerheid.nl.

Chronische aandoening fysiotherapie en/ of oefentherapie

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

Collectiviteit

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

Cranio Sacraal therapeut

Dit is een minimaal op hbo-niveau in de gezondheidszorg opgeleide behandelaar (niet-zijnde de eigen huisarts) die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals die door de RCN (Register Cranio Sacraal therapie Nederland) zijn gesteld. Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgenzekerheid.nl.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

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

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

Diagnose Behandeling Combinatie in de GGZ (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijnszorg). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29.c van het 'Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg' dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist

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

Drogisterijmiddel

Geneesmiddel dat zonder recept verkrijgbaar is bij apotheek of drogist maar geen homeopathisch geneesmiddel is. Bepalend is de lijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) die van kracht is op het moment van levering. Ook wel zelfzorgmiddel genoemd.

Eerstelijns psycholoog

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

Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ

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

Eigen bijdrage

Deel van de kosten van zorg of overige diensten waarvoor wettelijk is bepaald dat dit voor rekening van de verzekerde komt. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

EU- en EER-staat

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

Farmaceutische zorg

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

Fleboloog/proctoloog

Een arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Benelux Vereniging voor Flebologie.

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

Geboortecentrum

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

Gebruikelijke zorg

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

Gecontracteerde zorg

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

Generalistische Basis GGZ

De zorg in het kader van de Basis GGZ omvat in elk geval de eerstelijnspsychologische zorg en een deel van de populatie uit de huidige gespecialiseerde GGZ. De generalistische Basis GGZ wordt op basis van bijbehorende patiëntprofielen onderverdeeld in vier prestaties:

- Kort (BK);
- Basis GGZ Middel (BM);
- Basis GGZ Intensief (BI);
- Basis GGZ Chronisch (BC).

Geriatric fysiotherapeut

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

Geriatric revalidatie

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

Gezin

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

Gezinslid

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

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GeZZondCheck

Met de GeZZondCheck wordt uw gezondheid gemeten. Op basis van de resultaten krijgt u een persoonlijk advies over uw gezondheid en leefpatroon.

GGD-arts

Een arts die in opdracht van de Gemeentelijke Geneeskundige Gezondheidsdienst werkzaam is op terreinen zoals de volksgezondheid, forensische geneeskunde en de geneeskundige hulpverlening bij rampen e.d.

GGZ-instellingen

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

Haptotherapeut

Een haptotherapeut met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die ook de aanvullende opleiding haptotherapie heeft voltooid. Een haptotherapeut moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria die worden gehanteerd door de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgzekerheid.nl.

Herstellingsoord en Zorghotel

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

(Klassiek) Homeopaat

Een (klassiek) homeopaat, die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding homeopathische geneeswijze heeft afgerond. Of een (klassiek) homeopaat met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg en een aanvullende opleiding in de homeopathie. Een (klassiek) homeopaat moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgzekerheid.nl.

Hoofdverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel basisverzekering of zorgverzekering genoemd.

Hospice

Een instelling die specifiek is ingericht voor tijdelijke opvang van ongeneeslijk zieke patiënten in de laatste fase van hun leven en voor tijdelijke opvang van hun naasten.

Huidtherapeut

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

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Hulpmiddelen

De hulpmiddelen conform de Zorgverzekeringswet en de Regeling zorgverzekering.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte van bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

IVF-poging

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode inhoudende:

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

Jeugdgezondheidszorgarts

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

Kaakchirurg

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

Ketenzorg

De ketenzorg wordt geleverd bij een specifieke chronische aandoening (COPD, Astma, CVRM en Diabetes mellitus type 2). De zorg wordt door verschillende zorgverleners op een gecoördineerde wijze geleverd en is conform de vastgestelde zorgstandaard van de desbetreffende aandoening. Voor een overzicht van welke zorgaanbieders deelnemen aan de keten, kunt u terecht op onze website www.zorgenzekerheid.nl.

Kind

Ongehuwd eigen, adoptief of pleegkind tot 18 jaar.

Kinderfysiotherapeut

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

Kinderoefentherapeut

Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die tevens als kinderoefentherapeut staat geregistreerd in het register van Verbijzonderde oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

Klinisch psycholoog

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

Kraambureau of kraamcentrum

Een instelling, bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door Zorg en Zekerheid als zodanig erkende instelling voor de levering van kraamzorg op het woonadres of de verblijfplaats van de verzekerde.

Kraamzorg

De zorg voor moeder en pasgeboren kind die thuis bij de verzekerde wordt verleend door een aan het kraambureau verbonden kraamverzorg(st)er, na een (telefonische) intake door het kraambureau of kraamcentrum.

Laboratoriumonderzoek

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

Lactatiekundige

Een lactatiekundige die is aangesloten bij een beroepsgroep van lactatiekundigen en werkt volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Lichamelijke functiestoornissen

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

Logopedist

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

Manueel geneeskundige

Een manueel geneeskundige die als arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding Manuele geneeskunde heeft afgerond.

Manueel therapeut

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

Mantelzorg

De zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten, familie, vrienden, kennissen en bureaus.

Marktconform tarief

Het tarief dat naar redelijkheid passend is op de Nederlandse markt in gebruikelijke marktomstandigheden. Deze tarieven vindt u op www.zorgenzekerheid.nl.

(Medisch) adviseur

De (tand)arts, fysiotherapeut of andere deskundige die Zorg en Zekerheid in medische, fysiotherapeutische of andere aangelegenheden adviseert.

Medisch(e) noodzakelijk/noodzaak

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, voor zover vallend onder de dekking van deze polis. Eén en ander ter beoordeling door de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid.

Medisch noodzakelijke zorg in het buitenland

Medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.

Medisch noodzakelijke repatriëring

Het medisch noodzakelijke ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar een ziekenhuis, revalidatie-instelling of verpleeghuis in Nederland, voor zover er sprake is van verblijf in het buitenland zoals bedoeld in artikel 3 Buitenland.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist, die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', en bevoegdheid heeft op grond van artikel 4 van het Besluit functionele zelfstandigheid.

Natuurgeneeskundige

Een arts die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding natuurgeneeskunde heeft afgerond.

Oedeemtherapeut

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

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

Ongeval

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

Opname

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

Orthodontie

Een volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaarde behandeling of onderzoek behorend tot het specialisme dat wordt uitgeoefend door een orthodontist.

Orthodontist

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

Orthomoleculair geneeskundige

Een arts die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding orthomoleculaire geneeskunde heeft afgerond.

Orthopedagoog

Een orthopedagoog die als orthopedagoog is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).

Osteopaat

Een osteopaat met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg en die de aanvullende opleiding osteopathie heeft voltooid en staat geregistreerd in het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgenzekerheid.nl.

Overgangsconsulent(e)

Een overgangsconsulente met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg met een aantekening gynaecologie en die voldoet aan de kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de vereniging Care for Women.

Partner

De persoon met wie de verzekerde duurzaam samenwoont of is gehuwd en met wie de verzekerde een gemeenschappelijke huishouding voert.

Pedicure (medisch)

De pedicure dient opgenomen te zijn in het Kwaliteits Register voor Pedicures (KRP). Voor de basisverzekering dient een pedicure in het bezit te zijn van de aantekening 'voetverzorging bij diabetici'. Voor de aanvullende verzekering dient een pedicure in het bezit te zijn van een aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV) en/ of 'voetverzorging bij reumapatiënten' (RV). Naast een basisvoetbehandeling is hij/zij gespecialiseerd in het geven van een voetbehandeling bij diabetici en/of reumapatiënten. Een medisch pedicure is een gespecialiseerde pedicure die alle vormen van complexe voetproblematieken van cliënten kan behandelen.

Persoonsregistratie

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

Podoposturale therapeut

Een podoposturale therapeut die een opleiding op mbo/hbo-niveau in de gezondheidszorg heeft afgerond en die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld het Omni Podo Genootschap.

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen voor podotherapeut in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

Podoloog

Een podoloog die een opleiding op mbo/hbo-niveau in de gezondheidszorg heeft afgerond en die voldoet aan de eisen van bijvoorbeeld de Stichting LOOP.

Preconceptieconsult

Een gesprek met een verloskundige door paren die een kind zouden willen krijgen over vermijdbare risico's.

Psychosomatisch fysiotherapeut

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

Psychosomatisch oefentherapeut

Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die tevens als psychosomatisch oefentherapeut staat geregistreerd in het register van verbijzonderde oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

Psychotherapeut

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

Psychiater/zenuwarts

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

Redelijke afstand

Redelijke afstand tot gecontracteerde zorg in een vastgestelde straal in kilometers vanuit de woonplaats van de verzekerde. Een lijst met redelijke afstanden met betrekking tot de diverse vormen van zorg wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid. U kunt voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825, een bezoek brengen aan onze winkels of kijken op onze website www.zorgenzekerheid.nl.

Reglement Farmaceutische Zorg

Het Reglement Farmaceutische Zorg is op te vragen bij Zorg en Zekerheid en te vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

Reglement Hulpmiddelen

Het Reglement Hulpmiddelen is op te vragen bij Zorg en Zekerheid en te vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

Revalidatie

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

Schoonheidsspecialist

Een schoonheidsspecialist met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die de aanvullende opleidingen van bijvoorbeeld de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) heeft voltooid.

Screener

Een GGZ-screener is een (online) vragenlijst die nagaat of er risico bestaat op een mentale aandoening. Deze vragenlijst vraagt naar de veel voorkomende psychische problemen, zoals somberheid, depressie, fobie, angst en paniek en burn-out. De scores geven een duidelijk beeld van de aard en de ernst van de klachten. Bij verwijzing naar de Generalistische Basis GGZ is de positieve uitslag van een GGZ-screener noodzakelijk.

Second opinion

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

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

Shiatsu-therapeut

Een therapeut met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die voldoet aan de eisen van bijvoorbeeld de Vereniging voor IOKAI Shiatsu (VIS). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgzekerheid.nl.

Specialistische GGZ

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

Specialistische hulp

Hulp of onderzoek dat volgens de algemeen aanvaarde medische normen tot het specialisme behoort waarvoor de medisch specialist is ingeschreven en dat als gebruikelijke behandeling of onderzoek kan worden aangemerkt.

Standaard kraampakket

Een kraampakket waarin alle noodzakelijke hulpmiddelen voor de bevalling en de kraamtijd zijn opgenomen.

Tandarts

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

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Tandtechnicus

Een tandtechnicus, die bij een tandtechnisch laboratorium tandtechnische werkstukken vervaardigt.

U/de verzekerde

Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als verzekerde bij Zorg en Zekerheid is ingeschreven.

Uitgebreid kraampakket

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

Verblijf

Verblijf gedurende tenminste 24 uur.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, andere lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland.

Verloskundige

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

Verminking

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

Verzekerde

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

Verzekering

De door de verzekeringsovereenkomst geregelde rechtsverhouding.

Verzekeringsduur

Duur van de verzekering dat men in totaal aansluitend bij Zorg en Zekerheid verzekerd is.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

Verzekeringsjaar

De op het polisblad omschreven periode en elke daaropvolgende aaneengesloten periode van 12 maanden.

Verzekeringsovereenkomst

De overeenkomst van verzekering gesloten tussen een verzekeringnemer en de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Welzijnsorganisatie

Een non-profit organisatie die zich richt op het verbeteren en het stimuleren van de gezondheid (anders dan voor recreatieve doeleinden) door hulpverlening, het geven van cursussen en door het houden van voorlichtingsbijeenkomsten, allen in groepsverband.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wij/ons/Zorg en Zekerheid

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Wijkverpleging

Verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

WVG-tarief

Het tarief zoals vastgesteld krachtens de Wet Marktordening Gezondheidszorg.

WOG

Wet op de Geneesmiddelenvoorziening.

Zelfzorgmiddel

Geneesmiddel dat zonder recept verkrijgbaar is bij apotheek of drogist, maar geen homeopathisch geneesmiddel is. Bepalend is de lijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) die van kracht is op het moment van levering. Ook wel drogisterijmiddel genoemd.

Ziekenhuis

Een centrum voor medisch specialistische zorg dat volgens de regels van de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) als ziekenhuis of ZBC is toegelaten.

Zintuigelijk gehandicapt

Iemand met een visuele beperking en/of een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

Zittend ziekenvervoer

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

Zorghotel en herstellingsoord

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

Zorgpolis

De akte waarin de tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming, die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt, verder te noemen Zorg en Zekerheid.

Zorgverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel basisverzekering of hoofdverzekering genoemd.

Zorgzwaartepakket (ZZP)

Een zorgzwaartepakket (ZZP) is een pakket van zorg dat aansluit op uw persoonlijke kenmerken en de zorg die u nodig hebt. Het omvat wonen, zorg, behandeling en diensten en mogelijk dagbesteding. Er zijn verschillende ZZP's te onderscheiden met of zonder dagbesteding. De hoogte van het ZZP geeft aan waar u recht op hebt. De zorg dient te voldoen aan de omschrijving vanuit de regelgeving van één van de hiertoe gedefinieerde ZZP's voor Langdurige GGZ. Voor een volledige beschrijving van alle zorg die onder een ZZP valt, verwijzen wij u naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit.



Polisvoorwaarden 2016

Basisverzekering Zorg Zeker 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 inschrijvingsbewijs op vertoon waarvan de verzekerde de zorg, waar op basis van deze polis aanspraak op bestaat, kan invoeren bij een zorgverlener of zorginstelling. Dit laat onverlet de in de zorg geldende identificatieplicht.
- 1.3 De kosten van zorg kunnen op basis van deze zorgpolis behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij Zorg en Zekerheid worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst is tussen de zorgverlener of zorginstelling en Zorg en Zekerheid op grond waarvan rechtstreekse declaratie door de zorgverlener of zorginstelling bij Zorg en Zekerheid plaatsvindt.
- 1.4 De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang 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 Bij beëindiging van de zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar blijft de schriftelijke toestemming voor zorg geldig als de verzekerde overstapt naar Zorg en Zekerheid. Deze toestemming verloopt op de datum die de andere zorgverzekeraar daarin heeft aangegeven. De vergoeding vindt plaats conform deze polisvoorwaarden.

Artikel 2 Dekking

- 2.1 Deze polis omvat de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg en desgevraagd op zorgbemiddeling voor verzekerden die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekerden.
- 2.2 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.
- 2.3 Niet tijdige zorg:
 - a. Indien de voor de verzekerde benodigde zorg als bedoeld in het voorafgaande lid naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd, heeft de verzekerde desgevraagd aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de 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;
 - b. 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 zonnig algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- 2.4 Indien en voor zover Zorg en Zekerheid meer vergoedt dan waartoe zij krachtens de overeenkomst is gehouden, 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 te veel betaalde te hebben verleend.

Artikel 3 Verplicht eigen risico

- 3.1 Op deze polis is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 385,00 per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde verplicht eigen risico wordt vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:
 - a. De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek (exclusief de consultatiekosten in het kader van het project NEXT door een psychiater) dat elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;
 - b. De directe kosten van het gebruik van zorg indien deze kosten verloskundige zorg en kraamzorg betreffen;
 - c. De kosten van de gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg, exclusief de voetzorg buiten de ketenzorg);
 - d. Nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 9 onder het vierde streepje, is verstreken;
 - e. De anticonceptie voor verzekerden vanaf 18 tot en met 20 jaar, indien afgeleverd door een gecontracteerde zorgverlener;
 - f. 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;
 - g. De kosten van verpleging en verzorging (wijkverpleging) als bedoeld in artikel 27;
 - h. 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:

- a. Ieder bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor het vrijwillig gekozen risico gold of zal gelden;
 - b. De op grond van artikel 4.1 berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 - c. De uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
- 4.5 Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt het DBC-zorgproduct en DBC-GGZ toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 4.6 Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid.
- 4.7 Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico, en het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 3, uitkomen. Het vrijwillig gekozen eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.
- 4.8 Wijziging van het geldende vrijwillig gekozen eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 35 b.

Rubriek B Omvang dekking

Geneeskundige zorg

Artikel 5 Huisartsenzorg

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Welke kosten worden niet vergoed?

Als uitsluitingen gelden onder meer:

- een griepvaccinatie;
- medische keuringen.

De complete lijst met uitsluitingen is opgenomen in Rubriek C artikel 28.1 van deze polisvoorwaarden.

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 vooraf noodzakelijk door uw huisarts, bedrijfsarts of jeugdgezondheidszorgarts, medisch specialist, GGD-arts, arts infectieziekten, arts ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft, door een verloskundige. De geldigheidsduur van een verwijzing is 1 jaar, tenzij de verwijzer een andere geldigheidsduur aangeeft.

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. Voor wat betreft de zorg geleverd door een sportarts bestaat alleen aanspraak indien het medisch specialistische zorg betreft die zich richt op herstel, genezing dan wel voorkomen van (verergering van) een aandoening welke zorg kan bestaan uit:

- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding binnen een revalidatietraject en/of;
- diagnostiek en behandeling van blessures van het houdings- en bewegingsapparaat ontstaan door bewegen en/of door overbelasting.

6.1.1 Voorwaardelijk toegelaten behandelingen

Sommige behandelingen zijn voorwaardelijk toegelaten tot de basisverzekering conform artikel 2.1 lid 5 van het Besluit zorgverzekering (Bz) en artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering (Rz). De effectiviteit van deze behandelingen is nog onvoldoende aangetoond. Maar deze behandelingen worden wel tijdelijk vergoed vanuit de basisverzekering. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan in de loop van het kalenderjaar nieuwe behandelingen voorwaardelijk toelaten. In het document 'Voorwaardelijk toegelaten behandelingen' staan alle behandelingen bedoeld in dit artikel beschreven, de actuele versie kunt u inzien op www.zorgzekerheid.nl/brochures.

6.2 Verblijf (ziekenhuisopname)

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

- 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;
- er dient sprake te zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met medisch specialistische zorg;
- 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 Heideheugel) is vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid vereist.

6.3 Niet-klinische medisch specialistische zorg

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische behandeling in of door een centrum voor medisch specialistische zorg;
- medisch specialistische behandeling van de 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.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

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 verslaptte 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.

Welke kosten worden niet vergoed?

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

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

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

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.

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten 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 uitsluitend voor prenatale screening (zie verder artikel 7);
- de bedrijfsarts uitsluitend voor diagnostiek in verband met arbeidsrelevante aandoeningen.

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.

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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 nekpluimmeting en bloedonderzoek) of een Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) in Nederland of elders hebben ondergaan waarvan de uitslag "positief" is, hebben een indicatie voor vervolgonderzoeken zoals invasieve diagnostiek. 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.

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

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

- 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.

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

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van (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 € 238,00 (€ 119,00 voor moeder en € 119,00 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.

Bevalling en/of kraambed thuis

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts.

7.3 Kraamzorg

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van (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 € 4,20 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.

Artikel 8 Revalidatie

8.1 Revalidatie

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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 multimorbiditeit 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 totale duur van de behandeling bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid een langere periode toestaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor een behandeling van een indicatie die (naar verwachting) langer duurt dan 120 dagen, dient voor het voortzetten van deze behandeling vanaf de 121^e dag, vooraf (uiterlijk 4 weken voor de afloop van de eerste 120 dagen) schriftelijke toestemming te worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

Artikel 9 Orgaantransplantaties

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

- 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 gedeerde inkomsten.

Artikel 10 Dialyse

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van, 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.

Artikel 11 Mechanische beademing

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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.

Welke kosten worden niet vergoed?

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

Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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.

Artikel 14 Erfelijkheidsadvies

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

- 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 stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- de erfelijkheidsadviesing 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 erfelijkheidsadviesing 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.

Artikel 15 Audiologische zorg

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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).

Artikel 16 Vruchtbaarheid gerelateerde zorg

16.1 IVF

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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 van 43 jaar of ouder bij wie de IVF-poging al is gestart voordat de verzekerde de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt, 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.

Welke kosten worden niet vergoed?

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

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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.

Artikel 17 Paramedische zorg

17.1 Algemeen

De aanspraak op vergoeding van de kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie en oefentherapie inclusief de verbijzonderingen. Paramedische zorg omvat ook diëtetiek, 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 diëtetiek wordt de omvang van de zorg begrensd door hetgeen diëtisten als zorg plegen te bieden en waarbij de werkzaamheden gericht zijn op voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten of gericht zijn op het behandelen van patiënten door dieettherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten 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, kindfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie of geriatrische fysiotherapie, dient de behandeling te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die voor de betreffende zorg staat geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- in geval van een zitting kinderoefentherapie dient uw oefentherapeut geregistreerd te staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- 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. Dit betekent dat ook een screening en een intake & onderzoek elk als één behandeling kunnen tellen;
- voor een chronische aandoening geldt dat de therapie medisch noodzakelijk is en door uw behandelend 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, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf aan uw therapeut toestemming heeft gegeven.
 - b. het gaat om "screening en intake en onderzoek" of "intake en onderzoek na screening" of "intake en onderzoek na verwijzing". Deze prestaties mogen in combinatie met bepaalde prestaties wel op één dag plaatsvinden. Uw therapeut weet om welke prestaties het gaat.
- 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 nodig van Zorg en Zekerheid. Het gaat hier om de volgende indicaties (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering):
 - Div D5 Revalidatie(dag)behandeling aansluitend op 12 maanden i.a.o;
 - Div D5 Verpleeghuisopname, aansluitend op 12 maanden i.a.o;
 - 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;
- 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;
- in geval van behandeling voor Claudicatio Intermittens dient uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten te zijn bij ClaudicatioNet;
- in geval van behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen, in het geval van een nieuwe indicatie, dient uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten te zijn bij ParkinsonNet. In het geval van een bestaande indicatie kunt u de behandeling bij uw fysiotherapeut of oefentherapeut in 2016 voortzetten. In 2017 dient bij laatstgenoemde behandeling uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten te zijn bij ParkinsonNet;
- in geval van kindersfysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening behorend binnen de Domeinbeschrijving Kindersfysiotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Kindersfysiotherapeuten (NVFK). De lijst is bekend bij de kindersfysiotherapeut;
- in geval van manuele therapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening behorend binnen de Domeinbeschrijving Manuele Therapie van de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT). De lijst is bekend bij de fysiotherapeut of op onze website beschikbaar;
- in geval van bekkenfysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening die voldoet aan de gestelde richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek (NVFB);
- in geval van geriatrie fysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening behorend binnen de criteriumlijst van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG).

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

Chronische aandoening

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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, jeugdarts, tandarts of medisch specialist als u een aandoening heeft die op de chronische lijst staat.

Niet-chronische aandoening

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

- maximaal 9 behandelingen reguliere fysiotherapie en/of oefentherapie per aandoening per verzekerde per kalenderjaar of op maximaal 9 zittingen kindersfysiotherapie 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 kindersfysiotherapie en/ of kinderoefentherapie.

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.

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

Chronische aandoening

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

- 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.

Wat zijn de voorwaarden?

De eerste 9 behandelingen manuele therapie worden vergoed tegen het manuele tarief. Zowel de behandelingen in de basisverzekering als de aanvullende verzekering tellen mee voor de eerste 9 behandelingen.

Heb ik een verwijzing nodig?

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

Welke kosten worden niet vergoed?

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.

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.

17.5 Ergotherapie

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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;
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen, in het geval van een nieuwe indicatie, wordt alleen vergoed als uw ergotherapeut is aangesloten bij ParkinsonNet. In het geval van een bestaande indicatie kunt u de behandeling bij uw ergotherapeut in 2016 voortzetten. In 2017 dient bij laatstgenoemde behandeling uw ergotherapeut aangesloten te zijn bij ParkinsonNet.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de ergotherapeut is direct toegankelijk.

17.6 Logopedie

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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, preverbaal logopedie of stotteren, dient de behandeling te worden uitgevoerd door een logopedist die ingeschreven staat in het NVLF kwaliteitsregister en staat ingeschreven als kwaliteitsgeregistreerd ;
- per dag komt maximaal één behandeling 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 uw therapeut toestemming heeft gegeven;
 - het gaat om “screening en anamnese en onderzoek” of “anamnese en onderzoek na screening” of “anamnese en onderzoek na verwijzing”. Deze prestaties mogen in combinatie met bepaalde prestaties wel op één dag plaatsvinden. Uw therapeut weet om welke prestaties het gaat.

- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen, in het geval van een nieuwe indicatie, wordt alleen vergoed als uw logopedist is aangesloten bij ParkinsonNet. In het geval van een bestaande indicatie kunt u de behandeling bij uw logopedist in 2016 voortzetten. In 2017 dient bij laatstgenoemde behandeling uw logopedist aangesloten te zijn bij ParkinsonNet.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de logopedist is direct toegankelijk.

Welke kosten worden niet vergoed?

- onder logopedische behandeling wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en/of anders taligheid. Wanneer er alleen een achterstand is in het Nederlands, en dit is de tweede taal, dan is er geen sprake van een ontwikkelingsstoornis, maar van het leren van de tweede taal. Dit vergoedt Zorg en Zekerheid niet;
- logopedische behandelingen gegeven op school komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- indien u behandelingen in groepsverband ontvangt, heeft u tegelijkertijd geen recht op vergoeding van individuele behandelingen voor dezelfde indicatie.

17.7 Diëtetiek

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten en dieettherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten tot een maximum van 3 behandelingen 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 diëtetiek dient een medisch doel te hebben;
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen, in het geval van een nieuwe indicatie, wordt alleen vergoed als uw diëtist is aangesloten bij ParkinsonNet. In het geval van een bestaande indicatie kunt u de behandeling bij uw diëtist in 2016 voortzetten. In 2017 dient bij laatstgenoemde behandeling uw diëtist aangesloten te zijn bij ParkinsonNet.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de diëtist is direct toegankelijk.

Welke kosten worden niet vergoed?

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

17.8 Elektrische epilatie bij transseksuelen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van elektrische epilatie, indien medisch noodzakelijk, van:

- het perineo-scrotaal/vaginaal gebied;
- baard (gezicht en hals)

Welke kosten worden niet vergoed?

Epilatie van romp en ledematen.

Wat zijn de voorwaarden?

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een daartoe bevoegd huidtherapeut.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de huidtherapeut is direct toegankelijk.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor de vergoeding van meer dan 10 sessies elektrische epilatie voor transseksuelen dient de behandelaar vooraf schriftelijke toestemming te vragen aan Zorg en Zekerheid.

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?

U heeft bij een vrijgevestigde mondhygiënist 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.

Behandelingen en bijbehorende prestatiecodes die voor vergoeding in aanmerking komen kunt u op www.zorgenzekerheid.nl raadplegen.

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;
- kaakoverzichtsfoto (X21);
- 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 mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- een andere behandelaar de behandeling overneemt;
- er een andere behandeling uitgevoerd wordt dan waar de toestemming voor gegeven is.

18.3 Mondzorg vanaf 18 jaar

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

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

18.4.3 Orthodontie in bijzondere gevallen

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:

- a. 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;
- b. 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

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van farmaceutische zorg zoals bepaald in de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg. Deze zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in de polisvoorwaarden of 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.

19.2 Geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van de terhandstelling of advies en begeleiding zoals apothekers, apotheekhoudende huisartsen en overige medisch gespecialiseerde leveranciers (hierna: apotheker) die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:

- a. de in de Regeling Zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover aangewezen door Zorg en Zekerheid;
- b. 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. Deze op recept bereide geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen (nagenoeg) gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is, wat wordt vergoed uit de basisverzekering. Voor een aantal apotheekbereidingen gelden specifieke voorwaarden, deze zijn te vinden op www.zorgenzekerheid.nl/brochures. Hier staat tevens een overzicht van de betreffende middelen.

- c. 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, vergunning houdende fabrikant;
- d. 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.
- e. Voor geneesmiddelen die gedurende het jaar worden toegevoegd aan Bijlage 2 van de Regeling (de meest recente lijst van alle geneesmiddelen op Bijlage 2 van de Regeling kunt u vinden op www.wetten.overheid.nl) alsmede anderszins nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen, geldt een toestemmingsvereiste en kunnen bijkomende voorwaarden zijn gesteld. Wanneer geen toestemming nodig is, zullen wij dat kenbaar maken op onze website www.zorgenzekerheid.nl. Hier kunt u ook de eventuele bijkomende voorwaarden terugvinden.

Mits er sprake is van verzekerde zorg heeft u aanspraak op de volgende prestaties farmaceutische zorg zoals omschreven in de geldende beleidsregel Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg van de NZa:

- terhandstelling van een geneesmiddel en begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel.
- instructie patiënt UR - geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel, maximaal 1 instructie per hulpmiddel, met uitzondering van geconstateerd foutief gebruik;
- medicatiebeoordeling chronisch gebruik van UR - geneesmiddelen, maximaal 1 beoordeling per jaar;
- farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
- farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, maximaal 1 keer per ziekenhuisopname;
- farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis, maximaal 1 keer bij ontslag uit het ziekenhuis.

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 en dit vermeldt op het recept met de aantekening 'medische noodzaak', behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geregistreerd geneesmiddel met dezelfde werkzame stof; Als de apotheker twijfelt over de medische noodzaak, zal de apotheker dit afstemmen met de voorschrijver van het geneesmiddel. De voorschrijver mag alleen medische noodzaak op het recept vermelden indien het medisch onverantwoord is als u wordt behandeld met het aangewezen geneesmiddel. De voorschrijver moet deze verklaring onderbouwen.
- tenzij Zorg en Zekerheid nadere afspraken (zie hiervoor www.zorgenzekerheid.nl) heeft gemaakt met een apotheker/apotheekhoudend huisarts, dienen de geneesmiddelen 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/apotheekhoudend huisarts;
- op farmaceutische zorg is de prescriptieregeling (zie het reglement) van toepassing;
- op vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen (of bestanddelen van geneesmiddelen) een limiet aan de vergoeding is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vastgestelde vergoedingslimiet blijven de meerkosten voor 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 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).
- Voor de vergoeding van totale parenterale voeding (TPV) bestaat alleen recht op vergoeding indien geleverd door een Medisch gespecialiseerde leverancier;
- Voor de vergoeding van totale parenterale voeding (TPV) dient u vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid.

Welke kosten worden niet vergoed?

- zorg die niet behoort tot de farmaceutische zorg zoals bedoeld in het Besluit en/of 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 ziekerisico 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

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van dieetpreparaten (polymere, oligomere, monomere en modulaire) en het daarbij behorende advies en de begeleiding door degene die deze aan u ter hand stelt, als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- een stofwisselingsstoornis, voedselallergie of resorptiestoornis hebt;
- een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop heeft;
- op het dieetpreparaat bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

Wat zijn de voorwaarden?

- sondevoeding dient te worden geleverd door een Medisch gespecialiseerde leverancier;
- de "Verklaring dieetpreparaten van Zorg en Zekerheid" (website ZN, bijlage 2) dient te zijn ingevuld door een diëtist of medisch specialist en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan;
- bij het eerste voorschrift bedraagt het gebruik van dieetpreparaten maximaal een periode van 1 maand.

Aanvullende voorwaarden voor zuigelingenvoeding:

- voor de vergoeding van aangepaste zuigelingenvoeding bij koemelkallergie dient de eliminatie-provocatietest uitgevoerd te worden;
- aangepaste zuigelingenvoeding wordt alleen vergoed wanneer de "Verklaring dieetpreparaten van Zorg en Zekerheid" (website ZN, bijlage 2) is ingevuld en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor de vergoeding van dieetpreparaten na 1 maand, dient u vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid;
- voor de vergoeding van zuigelingenvoeding na 1 maand, dient u vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid.

Artikel 20 Hulpmiddelen

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

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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.

Welke kosten worden niet vergoed?

- 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.

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

21.2 Ambulancevervoer

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer 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 Wlz zal gaan verblijven;
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt;
- naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
- 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;
- indien ander vervoer (openbaar vervoer, taxi of auto) om medische redenen niet verantwoord is.

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.

Welke kosten worden niet vergoed?

Het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling.

Wat moet ik nog meer weten?

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

21.3 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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;
- u jonger bent dan achttien jaar en bent aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap zoals opgenomen in artikel 27.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor openbaar vervoer en vervoer per taxi dient u 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 € 0,30 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.

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;
- indien geen gebruik wordt gemaakt van de Zorgvervoercentrale Nederland dan ontvangt de verzekerde maximaal € 2,30 per vastgestelde kilometer.

21.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van maximaal € 98,00 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 de kosten van 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).

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, dan vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal 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.

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.

Wat wordt er vergoed?

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 van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- zorg in een ander land dan het woonland tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief;
- medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

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

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

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

Wat wordt er vergoed?

U heeft naar keuze recht op:

- vergoeding van de kosten tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland;
- vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

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

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

Wat wordt er vergoed?

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

- 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 tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief;
- 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

Wat wordt er vergoed?

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

- zorg tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief;
- medisch noodzakelijke zorg (genoten in een ander land dan het woonland en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

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

22.5 Volledige vergoeding

In de gevallen bedoeld in 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

Wat wordt er vergoed?

De Generalistische Basis GGZ is toegankelijk vanaf 18 jaar en bestaat uit vier producten, namelijk behandeling kort, behandeling middel, behandeling intensief en behandeling chronisch. Wij vergoeden de kosten van Generalistische Basis GGZ door een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, psychiater of orthopedagoog generalist en kinder- en jeugdpsycholoog. 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.

Welke kosten worden niet vergoed?

De zorg omvat niet:

- de specialistische zorg bedoeld in artikel 23.2;
- 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. Interventies die niet op deze lijst staan worden beoordeeld door Zorg en Zekerheid aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor de Generalistische Basis GGZ is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

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;
- waarnaar wordt verwezen (Generalistische Basis GGZ);
- 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 Gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

De Gespecialiseerde GGZ is toegankelijk vanaf 18 jaar. 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.

Wat zijn de voorwaarden?

- de hoofdbehandelaar is een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog. De hoofdbehandelaar is werkzaam binnen een instelling voor Gespecialiseerde GGZ of is vrijgevestigd;
- alleen een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog die in ieder geval de volgende verantwoordelijkheden uitvoert, wordt gezien als hoofdbehandelaar voor de gespecialiseerde GGZ:
 - a. De verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar bij direct contact (activiteiten die in direct contact met u plaatsvinden):
 - het vaststellen, mede beoordelen, van de diagnose en vaststellen van het dossier tijdens de diagnostieffase. De diagnose wordt tevens onderbouwd;
 - het opstellen van een behandelplan gericht op verantwoorde behandeling naar de stand van de wetenschap en conform de richtlijn;
 - het evalueren van de behandeling en indien nodig bijstellen van het behandelplan.
 - b. De hoofdbehandelaar draagt hiernaast de verantwoordelijkheid voor:
 - de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor het hulppersoneel verantwoordelijk is;
 - het voldoen van de dossiervoering aan de gestelde eisen. Medebehandelaars hebben daarin ook een eigen verantwoordelijkheid;
 - zich te laten informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zoveel als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De hoofdbehandelaar toetst of de activiteiten bijdragen aan, en passen in, het vastgestelde behandelplan;
 - de zorg dat hij en medebehandelaars elkaar treffen in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie op geleide van de problematiek van de patiënt;
 - goede communicatie met de patiënt en diens naasten (indien van toepassing en akkoord door patiënt) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan;
 - het afsluiten van de behandeling conform de dbc-spelregels.
- bij een instelling voor Gespecialiseerde GGZ kan gebruik worden gemaakt van hulppersoneel. Hulppersoneel is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder supervisie van de hoofdbehandelaar uit te voeren.
- uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de beroepentabel DBC-GGZ, zoals opgenomen in bijlage VI bij de Regeling gespecialiseerde GGZ van de NZa, kunnen taken als hulppersoneel vervullen.
- de zorg wordt verleend in de praktijk of kliniek van de zorgverlener. Voor thuisbehandeling wordt een uitzondering gemaakt wanneer er sprake is van medische noodzaak.

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;
- waarnaar wordt verwezen (Gespecialiseerde GGZ);
- 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.

23.2.1 Klinische gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van (vanaf 18 jaar):

- 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.

Welke kosten worden niet vergoed?

- 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. Interventies die niet op deze lijst staan worden beoordeeld door Zorg en Zekerheid aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Wat zijn de voorwaarden?

Voor verblijf na 365 dagen (tweede en derde jaar verblijf) moet ten minste worden voldaan aan de volgende voorwaarden:

- als ook na 365 dagen verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de psychiatrische behandeling dient een vragenlijst aanwezig te zijn, die de indicatie tot langdurige GGZ aangeeft. Uit die vragenlijst moet de rechtmatigheid van langdurige GGZ blijken. Een dergelijke vragenlijst wordt door ons beschikbaar gesteld aan uw zorgverlener en maakt deel uit van uw medisch dossier. De omvang van de aanspraak wordt uitgedrukt in een zorgzwaartepakket (ZZP) GGZ;
- er is sprake van een psychiatrische aandoening, al of niet met bijkomende problematiek waarvoor u al 365 dagen aaneengesloten in een psychiatrische instelling bent behandeld;
- de instelling heeft de noodzaak (verbetering/stabilisatie of voorkomen van achteruitgang) van voortgezet verblijf, inclusief een prognose/ontwikkeling van de aandoening(en) en de verwachte duur van het verblijf gemotiveerd.

23.2.2 Niet-klinische gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

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.

Welke kosten worden niet vergoed?

- 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.

Artikel 24 Ketenzorg

24.1 Ketenzorg

Wat wordt er vergoed?

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

Welke kosten worden niet vergoed?

Zelfmanagement (niet door een huisarts of praktijkondersteuner gegeven) cursussen valt uitdrukkelijk niet onder de keten. Deze zorg wordt vergoed in sommige van onze aanvullende verzekeringen.

Wat zijn de voorwaarden?

De ketenzorg wordt geleverd bij een specifieke chronische aandoening (COPD, Astma, CVRM en Diabetes mellitus type 2). De zorg wordt door verschillende zorgverleners op een gecoördineerde wijze geleverd en is conform de vastgestelde zorgstandaard van de desbetreffende aandoening. Voor een overzicht van welke zorgaanbieders deelnemen aan de keten, kunt u terecht op onze website www.zorgenzekerheid.nl. Onder het kopje Zorg en gezondheid en vervolgens onder ketenzorg is het overzicht te vinden.

24.2 Voetzorg buiten de keten

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van voetzorg zoals huisartsen, podotherapeuten of pedicures die onder contract staan van de podotherapeut die plegen te bieden aan verzekerden met diabetes mellitus type 1 of 2. 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 medisch noodzakelijke zorg;
- er dient sprake te zijn van minimaal een Zorgprofiel 2. Uitzondering hierop is de jaarlijkse voetcontrole, waarvoor een Zorgprofiel 1 als minimum geldt.
- de zorg dient te worden verleend door een podotherapeut of pedicure die onder contract staat van de podotherapeut. Meer informatie kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl;
- de podotherapeut 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.

Artikel 25 Stoppen met Roken

Wat wordt er vergoed?

Deze zorg omvat geneeskundige zorg gericht op gedragsverandering met als doel te stoppen met roken. Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen die zijn voorgeschreven als onderdeel van het programma. U kunt het programma alleen volgen of in een groep.

Wat zijn de voorwaarden?

Wij vergoeden de kosten van één stoppen met roken programma per kalenderjaar.

Artikel 26 Zintuigelijk gehandicaptenzorg

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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. De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap;

- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.
- Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren en de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen pre linguaal doven valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Wat zijn de voorwaarden?

- u woont thuis (niet in een instelling);
- 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.

Artikel 27 Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van 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;
- onder de zorg valt niet verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, 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.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U dient vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen, indien er meer zorg nodig is dan 12 uur per dag.

27.1 Zvw-pgb bij verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Wat wordt er vergoed?

Indien u aanspraak heeft op verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 27 kunt u, nadat door Zorg en Zekerheid is vastgesteld dat u voldoet aan de gestelde voorwaarden, in aanmerking komen voor een Zvw-pgb.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft aanspraak op verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 27 en voldoet tevens aan de in dat artikel gestelde voorwaarden;
- u vraagt zelf vooraf schriftelijk toestemming bij Zorg en Zekerheid;
- het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging is van kracht, u vindt dit op www.zorgenzekerheid.nl/brochures. In dit reglement vindt u onder welke voorwaarden u voor een Zvw-pgb in aanmerking komt.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U dient vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen voor een Zvw-pgb.

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

29.2 Opname in een 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

- a. De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing;
- b. Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgverleners of zorginstellingen omtrent uw verzekeringsstatus. Zorg en Zekerheid behoudt zich in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken, met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Indien u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid;
- c. In het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert Zorg en Zekerheid conform 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:

- a. Bij het intropen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs;
- b. De behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid indien de medisch adviseur daarom vraagt;
- c. Aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder wordt tevens verstaan het, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijk second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
- d. Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking; het is hem niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- e. Binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde is gedetineerd 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;
- f. 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 heeft u geen recht meer op vergoeding van deze zorgkosten.. Alleen originele nota's, of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/zittend ziekenvervoer, zie hiervoor ook www.zorgenzekerheid.nl;

- g. Voor zover een verwijzing in de polis voor het 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 en/of verzekerde registreren in het Extern Verwijzingsregister. Bij vastgestelde fraude of een sterk vermoeden van fraude kan aangifte worden 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	-
Korting collectiviteit (% van de grondslag van de premie)	-
<hr/>	
Tussenresultaat (te betalen premie)	
Korting betaaltermijnen (% tussen resultaat)	-
<hr/>	
Te betalen premie	

33.3 Korting op de premie voor vrijwillig gekozen eigen risico

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

Toetreding tot een collectiviteit kan, gelet op de daaraan gestelde eisen, tot gevolg hebben dat bovenstaande keuze voor een jaarlijks vrijwillig gekozen eigen risico wordt beperkt of zelfs is uitgesloten. Dit kan op haar beurt weer tot gevolg hebben, dat bij toetreding tot een collectiviteit gedurende het kalenderjaar uw eerder gekozen vrijwillig eigen risico op dat moment wordt aangepast. Aanpassing van het gekozen vrijwillig eigen risico gedurende het kalenderjaar is voor het overige niet mogelijk, behoudens de situatie zoals opgenomen in artikel 34.2.

33.4 Korting op de premie voor collectiviteiten

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

33.5 Korting op de premie voor vooruitbetaling

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

33.6 Premiebetaling

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

33.7 Betalingsachterstand

- Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Zorg en Zekerheid na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;
- Uiterlijk 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 de SKGZ of de burgerlijke rechter (artikel 18b.2 Zvw). Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18b, derde lid, Zvw);

- e. 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 de SKGZ 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).
- f. Zorg en Zekerheid stelt het Zorginstituut Nederland, de verzekeringnemer en de verzekerde onverwijld op de hoogte van de datum waarop:
1. De uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan;
 2. De schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, als bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 3. Door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, tenminste zijn zorgverzekeraar deelneemt (artikel 18d. lid 3 Zvw);
- g. 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;
- h. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Zorg en Zekerheid zijn ontvangen.

33.8 Betaling verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

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

Artikel 34 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

34.1 Kennisgeving

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

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

34.2 Bereiken van de 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 het vrijwillig gekozen eigen risico van de verzekeringnemer. 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 14a uit de Zorgverzekeringswet), daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de Wlz-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, zonedig 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 afsluit 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 Wlz 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 ten gevolge 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 uitsluitend 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 5 november 2015 met ingang van 1 januari 2016.

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.zorgenzekerheid.nl vindt u veel informatie.

MijnZZ

Verzekerden van Zorg en Zekerheid hebben toegang tot MijnZZ. Via MijnZZ is het mogelijk ingediende declaraties, eigen risico, persoonlijke gegevens en polis gegevens te raadplegen en (indien van toepassing) te wijzigen. Bovendien kunt u via MijnZZ uw nota's online declareren. U kunt in MijnZZ inloggen met uw DigiD account via www.zorgenzekerheid.nl/mijnzz.

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 manieren indienen:

- schrijf uw Burger Service Nummer op de originele nota en declareer uw nota('s) online via MijnZZ www.zorgenzekerheid.nl/mijnzz. De originele nota dient u minimaal drie jaar na uploaden te bewaren. Binnen deze periode kunnen wij de nota nog opvragen voor controle;

Of;

- 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 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 2016

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 5 november 2015. 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 (WVG) vastgestelde tarief. Indien er geen WVG-tarief is vastgesteld, vergoeden wij de (medische) kosten volgens de tarieven die staan op www.zorgzekerheid.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 apothekhoudende 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®, Dolysos® 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-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Maximum	Geen vergoeding	€ 250,00	€ 460,00	€ 600,00
Behandelingen/ Consulten	Geen vergoeding	100% tot maximaal € 25,00 per dag	100% tot maximaal € 40,00 per dag	100%
Geneesmiddelen	Geen vergoeding	50%	75%	100%

Artikel 2 Oogzorg

2.1 Brillenglazen, contact- of premiumlenzen en brilmonturen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde komen per 2 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);
- bij een bril vanaf 0 dioptrieën, dient het wel een bril op sterkte te zijn.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top	AV-GeZZin	AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 40,00 éénmaal per 2 kalenderjaren	Maximaal € 70,00 éénmaal per 2 kalenderjaren	Maximaal € 70,00 éénmaal per 2 kalenderjaren of t/m 12 jaar, éénmaal per kalenderjaar een kinderbril vanaf 0 dioptrieën tot maximaal € 70,00	Maximaal € 100,00 éénmaal per 2 kalenderjaren	Maximaal € 150,00 vanaf 0 dioptrieën éénmaal per 2 kalenderjaren of t/m 12 jaar, éénmaal per kalenderjaar een kinderbril vanaf 0 dioptrieën tot maximaal € 150,00

2.2 Ooglaseren

Wat wordt er vergoed?

Eenmalig de kosten voor het ooglaseren, ongeacht één of twee ogen worden behandeld.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De vergoeding is eenmalig voor de gehele duur van de verzekering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	(eenmalig) maximaal € 200,00	(eenmalig) maximaal € 300,00

Artikel 3 Buitenland

3.1 Vaccinatie wegens voorgenomen verblijf in het buitenland

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor tabletten, injectie(s), consulten en het vaccinatieboekje komen in aanmerking voor vergoeding. De vergoeding geldt per verzekerde per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de kosten moeten zijn gemaakt wegens een voorgenomen verblijf of tijdens het daadwerkelijke verblijf in het buitenland;
- het betreft tabletten, injectie(s), consulten en het vaccinatieboekje conform de geldende GGD-lijst en de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR), zie www.lcr.nl;
- het Reglement Farmacie is ook hier van kracht.

Welke kosten worden niet vergoed?

Laboratoriumonderzoeken, muggencrème en -olie zijn uitgesloten van vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

De maximale vergoeding geldt voor de kosten van tabletten/injectie(s)/consulten en het vaccinatieboekje samen.

	AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Sure	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Gecontracteerde zorgverlener*	Geen vergoeding	100%	Maximaal € 80,00	100%
Niet-gecontracteerde zorgverlener	Geen vergoeding	Maximaal € 80,00	Maximaal € 80,00	Maximaal € 150,00

* een lijst vindt u op www.zorgzekerheid.nl/zorgzoeker

3.2 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.

3.3 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-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
- 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.

3.3.1 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 € 0,30 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie en/of zakenreis;

- fysiotherapiebehandelingen van een chronische aandoening fysiotherapie, die reeds gestart zijn in Nederland;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
- 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.

3.3.2 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-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 345,00

3.3.3 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-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
100%

3.3.4 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-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
100%

3.4 Uitsluitingen

Welke kosten worden niet vergoed?

Er bestaat geen recht op vergoeding van geneeskundige en/of tandheelkundige kosten en/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 tandheelkundige zorg voor verzekerden met een AV-Basis, AV-Standaard, AV-Sure of AV-GeZZin Compact;
- 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.

3.5 Zuurstof op vakantie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor zuurstof op vakantie per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U heeft reeds een indicatie voor zuurstofgebruik.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 600,00

Artikel 4 Farmaceutische hulp

4.1 Vergoeding GVS-eigen bijdrage

Wat wordt er vergoed?

De kosten van de GVS-eigen bijdrage voor de middelen Concerta®, Strattera®, Equasym® en Medikinet®.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de geneesmiddelen dienen te worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt te worden door een gecontracteerde apotheker;
- het Reglement Farmacie is van kracht. Het reglement is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl.

Wat is een GVS-eigen bijdrage?

Het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelvergoedingssysteem (GVS) is van toepassing. Dit betekent dat voor Concerta®, Strattera®, Equasym® en Medikinet® een maximumbedrag is vastgesteld. Is de prijs van het middel hoger dan het maximumbedrag, dan zijn de meerkosten voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde (dit heet de GVS-eigen bijdrage).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Top	AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 100,00	100% tot maximaal € 250,00

4.2 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;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het marktconforme tarief;
- het Reglement Farmacie van kracht. Het reglement is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Sure AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% vanaf 21 jaar (exclusief de GVS-eigen bijdrage)

4.3 Maagzuurremmers

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor maagzuurremmers die niet meer vergoed worden uit de Zorgverzekeringswet.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de maagzuurremmers dienen te worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt te worden door een gecontracteerde apotheker;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het marktconforme tarief;
- het Reglement Farmacie is van kracht. Het reglement is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100% maximaal € 35,00

4.4 Vaccinaties

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor de vaccinatie tegen diarree bij zuigelingen. Onder deze kosten vallen ook de kosten voor de toediening.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de vaccinaties vallen buiten het algemeen vaccinatieprogramma van de overheid;
- de toediening dient na overleg met uw huisarts te geschieden door een arts;
- het Reglement Farmacie is van kracht. Het reglement is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-Plus	AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 200,00

Artikel 5 Geboortezorg

Alleen (vrouwelijke) verzekerden kunnen aanspraak maken op de in dit hoofdstuk vermelde vergoedingen of verstrekkingen.

5.1 Kraampakket

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden die zwanger zijn of een baby adopteren, kunnen bij Zorg en Zekerheid een kraampakket aanvragen. Als beide ouders verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid, is er slechts recht op één kraampakket.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U dient het kraampakket uiterlijk 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aan te vragen via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer (071) 5 825 555) of via de website www.zorgenzekerheid.nl. Het kraampakket kan ook worden aangevraagd bij adoptie als het kind jonger is dan 6 maanden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Totaal
Geen kraampakket	Standaard kraampakket	Uitgebreid kraampakket

5.2 Vergoeding van de eigen bijdrage voor verloskundige hulp en kraamzorg

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van uw eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen per bevalling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De eigen bijdrage moet betrekking hebben op de kosten van de poliklinische bevalling zonder medische indicatie of op de kosten van de kraamzorg.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Standaard	AV-Top	AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 75,00	100% tot maximaal € 100,00	100% tot maximaal € 250,00 voor kraamzorg en 100% tot maximaal € 250,00 voor poliklinische bevalling zonder medische indicatie

5.3 Vergoeding verlengde of uitgestelde kraamzorg

5.3.1 Vergoeding verlengde kraamzorg

Wat wordt er vergoed?

Verlengde kraamzorg na de 10e dag na de bevalling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- het kraambureau stelt de indicatie in overleg met de verloskundige;
- de zorg moet worden verleend door een kraamcentrum dat is ingezet via de Kraamlijn (telefoonnummer (071) 5 825 555);
- de verlengde kraamzorg dient aan te sluiten op de reguliere kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) of op het ziekenhuisontslag (maximaal 10 dagen na de bevalling).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Top AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal 16 uur

5.3.2 Vergoeding uitgestelde kraamzorg

Wat wordt er vergoed?

Als u geen aanspraak meer kunt maken op reguliere en/of verlengde kraamzorg, kunt u mogelijk nog in aanmerking komen voor uitgestelde kraamzorg. Dit kan bijvoorbeeld zijn wanneer u langer in het ziekenhuis moest verblijven na een keizersnede, bij geboorte van een meerling of als er sprake is van couveuse zorg. Het kraamcentrum moet in overleg met de verloskundige de medische noodzaak vaststellen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- het kraambureau stelt de indicatie in overleg met de verloskundige;
- de zorg moet worden verleend door een kraamcentrum dat is ingezet via de Kraamlijn (telefoonnummer (071) 5 825 555);
- u kunt tot maximaal 6 weken na de bevalling of na adoptie van kinderen jonger dan 6 maanden aanspraak maken op vergoeding van uitgestelde kraamzorg. Bij couveusekinderen geldt de termijn van 6 weken niet.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Top AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal 16 uur

5.4 Borstkolf

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden komen éénmaal per kalenderjaar in aanmerking voor vergoeding van de kosten van het huren van een borstkolf of één keer tijdens de gehele looptijd van de verzekering voor de aanschaf van een borstkolf.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u een aankoop- of huurbewijs bij ons in te dienen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 40,00

5.5 Zwangerschapscursus

Wat wordt er vergoed?

De kosten van het volgen van een zwangerschapscursus per vrouwelijke verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

– de cursus vindt plaats tijdens de zwangerschap en dient ter voorbereiding op de bevalling;

Of;

– de cursus dient ter bevordering van het fysieke herstel en vindt plaats tot maximaal 6 maanden na de bevalling.

De cursus wordt georganiseerd door:

- een thuiszorgorganisatie;
- een gekwalificeerde zorgverlener die aangesloten is bij, en voldoet aan de kwaliteitseisen van, de vereniging Samen Bevalen;
- een fysiotherapeut;
- een oefentherapeut Cesar;
- een oefentherapeut Mensendieck.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u een (kopie)bewijs van deelname te overleggen waarop de kosten staan vermeld.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin AV-Top AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 100,00

5.6 Borstvoedingscursus

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor het volgen van de 'Zorg en Zekerheid borstvoedingscursus' per verzekerde, per kalenderjaar. Hiervoor kunt u zich aanmelden via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' telefoonnummer (071) 5 825 555 of via de website www.zorgenzekerheid.nl.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin AV-Top AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 20,00

5.7 Combinatietest

Wat wordt er vergoed?

De kosten van een combinatietest per vrouwelijke verzekerde, per kalenderjaar. De combinatietest bestaat uit een nekplooiemeting (ook wel: NT-meting) en een kans bepalende bloedtest.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De combinatietest dient uitgevoerd te worden door een huisarts, verloskundige of medisch specialist die beschikt over een Wbo-vergunning voor prenatale screening.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Standaard AV-GeZZin AV-Top AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 150,00

5.8 Preconceptieconsult

Wat wordt er vergoed?

De kosten van één preconceptieconsult per vrouwelijke verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het preconceptieconsult moet gegeven worden door een verloskundige die goedgekeurd is door Zorg en Zekerheid. Een lijst van goedgekeurde verloskundigen vindt u op www.zorgenzekerheid.nl.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 150,00

5.9 Lactatiekundige

Wat wordt er vergoed?

De kosten van een lactatiekundige per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De lactatiekundige dient aangesloten te zijn bij een beroepsgroep van lactatiekundigen en werkt volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus AV-Top	AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 150,00

Artikel 6 Herstel en verblijf

6.1 Herstellingsoord, zorghotel en hospice

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor het verblijf in een herstellingsoord, zorghotel of hospice in Nederland. De kosten voor een thuiszorgconsult vanuit de hospice vallen ook onder deze vergoeding. De vergoeding geldt per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Voor het verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is een verwijzing van de behandelend arts nodig.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Het herstellingsoord of zorghotel dient toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid. Een lijst van door Zorg en Zekerheid goedgekeurde herstellingsoorden en zorghotels kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

Welke kosten worden niet vergoed?

De kosten van verblijf in verzorgingshuizen/woonzorgcentra die niet op de lijst met goedgekeurde herstellingsoorden en zorghotels staan.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 35,00 per dag met een maximum van € 1.050,00	Maximaal € 50,00 per dag met een maximum van € 1.500,00

6.2 Kuurreizen

Als u reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew of artritis psoriatica heeft, dan kunt u in aanmerking komen voor vergoeding van de kosten van een kuurreis.

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde komen éénmaal in de twee kalenderjaren de reis-, verblijf- en behandelkosten van minimaal een tweewekse kuurreis naar het buitenland voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De kuurreis moet zijn georganiseerd door een organisatie waarmee Zorg en Zekerheid afspraken heeft gemaakt.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U moet vooraf een aanvraag indienen bij Zorg en Zekerheid met een onderbouwing van uw behandelend arts en toestemming hebben van Zorg en Zekerheid. Een lijst van door Zorg en Zekerheid goedgekeurde organisaties kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.050,00

6.3 Logeerhuis

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde komen de kosten van de eigen bijdrage voor vergoeding in aanmerking, bij opname van een gezinslid in een ziekenhuis in Nederland. De vergoeding geldt per dag of nacht voor het verblijf in een aan een ziekenhuis verbonden logeerhuis.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard AV-Plus AV-Top	AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 15,00 per dag	Maximaal € 20,00 per dag

6.4 Therapeutisch kamp voor jongeren

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar met o.a. CARA, diabetes mellitus (suikerziekte), cystic fibrosis, kanker of obesitas kunnen éénmaal per kalenderjaar in aanmerking komen voor vergoeding van de kosten van verblijf en behandeling in een therapeutisch kamp.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- het therapeutische kamp is in Nederland;
- de organisatie is in handen van een erkende patiënten(belangen)organisatie. Een lijst van door Zorg en Zekerheid goedgekeurde organisaties kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top	AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 350,00	100% tot maximaal € 300,00	100% tot maximaal € 350,00

6.5 Vervangende mantelzorg

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van vervangende mantelzorg tijdens de vakantie van de reguliere mantel(ver)zorger(s) per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De vervangende mantelzorg moet worden geregeld en gedeclareerd door de Stichting Mantelzorgvervangend Nederland (Handen in Huis).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Tot maximaal 6 weken

Artikel 7 Huidtherapie

7.1 Acnébehandeling

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van de behandeling van acné per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die gecertificeerd is voor deze behandeling;
- u dient te beschikken over een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar, die op verzoek van Zorg en Zekerheid aan Zorg en Zekerheid dient te worden toegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Sure AV-Top	AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 150,00	100% tot maximaal € 250,00

7.2 Camouflagetherapie

Wat wordt er vergoed?

Bij camouflagetherapie komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van de behandeling, de instructielessen en de cosmetische producten per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de huidafwijking bevindt zich in gezicht of hals;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die gecertificeerd is voor deze behandeling;
- u dient te beschikken over een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar, die op verzoek van Zorg en Zekerheid aan Zorg en Zekerheid dient te worden toegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 115,00	75% tot maximaal € 115,00	100% tot maximaal € 150,00

7.3 Dermatografie (medische tatoeage)

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van dermatografie volgend op een medische behandeling per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of dermatoloog;
- u dient te beschikken over een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar, die op verzoek van Zorg en Zekerheid aan Zorg en Zekerheid dient te worden toegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 200,00	75% tot maximaal € 200,00	100% tot maximaal € 250,00

7.4 Elektrische epilatie of laserontharing

Wat wordt er vergoed?

Vrouwelijke verzekerden komen eenmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de kosten van elektrische epilatie of laserontharing.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de beharing moet zich bevinden op plaatsen in het gelaat waar dat naar algemene opvattingen ongebruikelijk is;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die gecertificeerd is voor deze behandeling;
- u dient een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar mee te sturen met de (eerste) nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 550,00	75% tot maximaal € 1.100,00	100% tot maximaal € 1.500,00

7.5 Voetverzorging voor verzekerden met suikerziekte of reumapatiënten

Verzekerden met suikerziekte of reumatoïde artritis kunnen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van voetverzorging.

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van de voetverzorging per verzekerde, per kalenderjaar. Bij een verzekerde met suikerziekte komt voetverzorging alleen in aanmerking voor vergoeding, indien sprake is van een Zorgprofiel 0 en Zorgprofiel 1 (met uitzondering van de jaarlijkse voetcontrole, deze wordt vergoed uit de basisverzekering).

Wat wordt er niet vergoed?

- de indicatie artrose;
- de jaarlijkse voetcontrole gedeclareerd door een (medisch) pedicure;
- cosmetische zorg.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een medisch pedicure of een pedicure die in het bezit is van een aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV) en/ of 'voetverzorging bij reumapatiënten' (RV). De pedicure moet opgenomen zijn in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP). Kijk op onze website voor een pedicure in uw buurt die aan deze voorwaarden voldoet.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 210,00

Artikel 8 Hulpmiddelen

8.1 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van:

- een prothese-bh en plakstrips behorend bij een borstprothese;
- de eigen bijdrage voor een pruik;
- de eigen bijdrage voor een hoortoestel, de maximale vergoeding geldt per oor;
- een steunpessarium.

Welke kosten worden niet vergoed?

- de kosten van het verplicht en vrijwillig eigen risico en het bedrag dat voor eigen rekening blijft indien u in het kader van een zorgverzekering in natura naar een niet gecontracteerde zorgverlener bent gegaan;
- kosten waarvoor geen medische noodzaak is;
- de kosten van het nazorgcontract, de onderhoudsmiddelen, de reinigungsset of de vervangingsgarantie bij hoortoestellen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 70,00 per hulpmiddel	100% tot maximaal € 140,00 per hulpmiddel	100% tot maximaal € 200,00 per hulpmiddel

8.2 Plaswekker

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden komen éénmaal per kalenderjaar in aanmerking voor vergoeding van de kosten van het huren van een plaswekker of één keer tijdens de gehele looptijd van de verzekering voor de aanschaf van een plaswekker.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De plaswekker moet door de behandelend arts zijn voorgeschreven.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Basis AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 85,00

8.3 Steunzolen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van steunzolen/podotherapeutische zolen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 35,00	100% tot maximaal € 70,00	100% tot maximaal € 100,00

8.4 Hulpmiddelen bij thuisverpleging

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden komen eenmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de aanschafkosten van:

- heupondersteuningsband;
- aankleedstokje;
- 'helping hand';
- heupbeschermer;
- drie- of vierpoot;
- looprek;
- krukken.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het hulpmiddel moet door de behandelend arts of verloskundige zijn voorgeschreven. Dit voorschrift dient meegezonden te worden met de nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 40,00

8.5 Alarmering op sociale indicatie

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van de huur voor persoonlijke alarmeringsapparatuur.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- er dient sprake te zijn van een sociale indicatie voor persoonlijke alarmering die door Zorg en Zekerheid kan worden vastgesteld;
- de persoonlijke alarmeringsapparatuur moet geleverd worden door de gemeente, Stichting Welzijn Ouderen (SWO) of een thuiszorgorganisatie.

Welke kosten worden niet vergoed?

Aansluitkosten en abonnementskosten voor de alarmcentrale zijn voor uw eigen rekening.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 3,50 per maand	Maximaal € 4,00 per maand	Maximaal € 5,00 per maand

8.6 Gehoorbeschermers

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden eenmalig per kalenderjaar de kosten van gehoorbeschermers.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-Plus	AV-Sure AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 40,00

Artikel 9 Medisch Specialistische hulp

9.1 Flebologie/proctologie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van consulten, verbandmiddelen en injecties voor flebologische en proctologische behandelingen per verzekerde, per kalenderjaar. Alleen de kosten van behandeling van adellijke aandoeningen (bijvoorbeeld spataderen, 'open been', aambeien) worden vergoed.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- u hebt een verwijzing nodig van de huisarts of specialist;
- de behandeling moet worden verricht door een arts-fleboloog, dermatoloog of arts-fleboloog-proctoloog;
- individueel of in groepsverband, in een polikliniek of in een centrum voor flebologie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 75,00	75% tot maximaal € 100,00	100% tot maximaal € 150,00

9.2 Besnijdenis zonder medische indicatie bij jongens

Wat wordt er vergoed?

Mannelijke verzekerden tot 18 jaar komen éénmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de kosten van een besnijdenis zonder medische indicatie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De besnijdenis moet worden uitgevoerd door een (huis)arts of gecontracteerde instelling in Nederland.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Top AV-GeZZin	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 115,00	100% tot maximaal € 150,00

9.3 Besnijdenis met medische indicatie bij mannen

Wat wordt er vergoed?

Mannelijke verzekerden komen éénmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de kosten van een besnijdenis met een medische indicatie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de besnijdenis moet worden uitgevoerd door een (huis)arts, besnijdeniskliniek of gecontracteerde instelling in Nederland;
- de (huis)arts die de besnijdenis uitvoert, moet op de rekening vermelden dat het om een medisch noodzakelijke ingreep gaat;
- de verwijzing moet met de rekening worden meegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 600,00	75% tot maximaal € 600,00	100% tot maximaal € 600,00

9.4 Sterilisatie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van sterilisatie per verzekerde, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Sterilisatie bij mannen

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Top AV-GeZZin	AV-Totaal
Geen vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> - 100% tot maximaal € 150,00, als de behandeling door een huisarts wordt uitgevoerd; - 75% tot maximaal € 150,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd. 	100% tot maximaal € 150,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis of door de huisarts wordt uitgevoerd.

Sterilisatie bij vrouwen

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Top AV-GeZZin	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 350,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.	100% tot maximaal € 700,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.

9.5 Oorstandcorrecties

Wat wordt er vergoed?

Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten voor oorstandcorrecties bij verzekerden jonger dan 15 jaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Top AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 500,00

Artikel 10 Paramedische behandelingen

10.1 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 zitting manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie of geriatrische fysiotherapie dient de behandeling te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die staat geregistreerd in het voor die zitting toepasselijke deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie 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 is en door uw behandelend arts (huisarts, jeugdarts, tandarts) 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, vastgesteld door een arts;
 - deze zittingen verantwoord gespreid zijn;
 - Zorg en Zekerheid vooraf aan de fysiotherapeut toestemming heeft gegeven.
 De "screening en intake en onderzoek" of "intake en onderzoek na screening" of "intake en onderzoek na verwijzing" in combinatie met bepaalde prestaties kan bij uitzondering wel op één dag plaatsvinden. Vraag aan uw fysiotherapeut om welke prestaties dit gaat;
- fysiotherapie voor een niet-chronische aandoening is direct toegankelijk (er is geen verwijzing nodig). Deze Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) omvat de "screening", "intake en onderzoek na screening" en "screening en intake en onderzoek". De prestaties "screening" en "intake en onderzoek na screening" kunnen elk afzonderlijk als een zitting tellen (ook al vinden deze plaats op één dag of één aaneengesloten tijdseenheid) of kunnen als een gezamenlijke prestatie "screening en intake en onderzoek" in rekening gebracht worden door uw fysiotherapeut;
- het maximale aantal behandelingen dat is aangegeven per aanvullend pakket geldt voor de fysiotherapiebehandelingen die zijn omschreven onder 10.1.1 en 10.1.2 samen;
- indien u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut. 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 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 niet apart bij u in rekening brengen;
- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen gesuperviseerde looptraining bij Claudicatio Intermittens gegeven door een fysiotherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet. U vindt de gegevens van de gecontracteerde ClaudicatioNet fysiotherapeuten op www.zorgenzekerheid.nl of u kunt ze opvragen via ons Contact Center (071) 5 825 825 of bij een van onze verzekeringswinkels;
- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen, in het geval van een nieuwe indicatie als uw fysiotherapeut is aangesloten bij ParkinsonNet. In het geval van een bestaande indicatie kunt u de behandeling bij uw fysiotherapeut in 2016 voortzetten. In 2017 dient bij laatstgenoemde behandeling uw fysiotherapeut aangesloten te zijn bij ParkinsonNet.

10.1.1 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, kindersfysiotherapie, 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/zorgzoeker of u kunt ze opvragen via ons Contact Center: (071) 5 825 825 of bij een 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 10.1.3.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Maximaal 9 behandelingen * vergoeding tezamen met oefentherapie	Maximaal 12 behandelingen	Maximaal 25 behandelingen	Alle medisch noodzakelijke behandelingen**

** na 40 zittingen is vooraf schriftelijke toestemming vereist

10.1.2 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, kindersfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeem- en huidtherapie, psychosomatische en geriatrie fysiotherapie. Voor deze verbijzonderingen fysiotherapie gelden de aanvullende voorwaarden zoals bepaald in artikel 10.1.3.

Per fysiotherapeutische (verbijzonderde) behandeling wordt maximaal 75% van het marktconforme tarief vergoed. Als onderdeel van het genoemde aantal behandelingen gelden ook de behandelingen manuele therapie, kindersfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeem- en huidtherapie, psychosomatische en geriatrie fysiotherapie.

Wat wordt er niet vergoed?

- de prestaties "screening", "intake en onderzoek na screening" en "screening en intake en onderzoek" (Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie) door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- de "toeslag voor behandeling aan huis" en de "toeslag voor behandeling in een instelling" door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Maximaal 9 behandelingen * vergoeding tezamen met oefentherapie	Maximaal 12 behandelingen	Maximaal 25 behandelingen	Maximaal 40 behandelingen

10.1.3 Verbijzonderingen fysiotherapie

Manuele therapie

Als onderdeel van het aantal behandelingen per aanvullende verzekering, aangegeven in artikel 10.1.1 en 10.1.2, 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.

Kindersfysiotherapie

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Kindersfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie. De behandeling kindersfysiotherapie wordt vergoed voor aandoeningen behorend binnen de domeinbeschrijving Kindersfysiotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Kindersfysiotherapie (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 bekkenbodem, 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 Fysiotherapie. Voor de behandeling bekkenfysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening die voldoet aan de gestelde richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek (NVFB).

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 geriatrische problematiek, kan er een behandelindicatie zijn voor geriatric fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is opgenomen in het deelregister Geriatric 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 Geriatric (NVFG).

10.1.4 KNGF beweegprogramma

Wat wordt vergoed?

Een volledig doorlopen beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden Beweginginterventies en gegeven wordt in fysiotherapiepraktijken met de kwaliteitslabel KwaliteitZorg van 3- of 2-sterren. Op de website van Zorg en Zekerheid kunt u een overzicht vinden van de aandoeningen en de gecontracteerde fysiotherapeuten bij 3- of 2 sterrenpraktijken die een KNGF beweegprogramma aanbieden.

Wat wordt er niet vergoed?

Er geldt geen vergoeding voor een indicatie waarvoor u ook een individueel traject doorloopt bij de fysiotherapeut.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	75% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	100% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren

10.1.5 Beweegprogramma Fitkids of JOGG leefstijlinterventie programma

Wat wordt vergoed?

Een volledig doorlopen beweegprogramma Fitkids dat door een gecontracteerde fysiotherapeut die bij Fitkids is aangesloten, aangeboden wordt of een leefstijlinterventieprogramma in het kader van JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht) door gecontracteerde zorgverleners in een 3- of 2- sterrenpraktijk. U vindt de gegevens van de gecontracteerde fysiotherapeuten met een kwaliteitslabel op www.zorgenzekerheid.nl of u kunt ze opvragen via ons Contact Center (071) 5 825 825 of bij één van onze verzekeringswinkels.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	75% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	100% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren

10.2 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 zitting kinderoefentherapie of zitting psychosomatische oefentherapie dient de behandeling te worden uitgevoerd door een oefentherapeut die voor de betreffende therapie staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- 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 is 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, vastgesteld door een arts;
 - deze zittingen verantwoord gespreid zijn;
 - Zorg en Zekerheid vooraf aan de oefentherapeut toestemming heeft gegeven.
 De "screening en intake en onderzoek" of "intake en onderzoek na screening" of "intake en onderzoek na verwijzing" in combinatie met bepaalde prestaties kan bij uitzondering wel op één dag plaatsvinden. Vraag aan uw oefentherapeut om welke prestaties dit gaat;
- oefentherapie voor een niet-chronische aandoening is direct toegankelijk (er is geen verwijzing nodig). Deze Directe Toegankelijkheid omvat de "screening", "intake en onderzoek na screening" of "screening en intake en onderzoek". De prestaties "screening" en "intake en onderzoek na screening" kunnen elk afzonderlijk als een zitting tellen (ook al vinden deze plaats op één dag of één aaneengesloten tijdseenheid) of kunnen als een gezamenlijke prestatie "screening en intake en onderzoek" in rekening gebracht worden door uw oefentherapeut;
- 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;
- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen, in het geval van een nieuwe indicatie als uw oefentherapeut is aangesloten bij ParkinsonNet. In het geval van een bestaande indicatie kunt u de behandeling bij uw oefentherapeut in 2016 voortzetten. In 2017 dient bij laatstgenoemde behandeling uw oefentherapeut aangesloten te zijn bij ParkinsonNet;
- handelingen verricht tijdens de zitting zijn onderdeel van de reguliere behandeling en mag de oefentherapeut niet apart bij u rekening brengen;
- tijdens de behandeling verstrekte materialen, zoals verbandmiddelen en tape, zijn onderdeel van de behandeling en mag de oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- bij een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt maximaal 75% van het marktconforme tarief per (verbijzonderde) behandeling vergoed.

Wat wordt er niet vergoed?

- de prestaties "screening", "intake en onderzoek na screening" en "screening en intake en onderzoek" (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed;
- de "toeslag voor behandeling aan huis" of "toeslag voor behandeling in een instelling" door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Maximaal 9 behandelingen * vergoeding tezamen met fysiotherapie	Maximaal 12 behandelingen	Maximaal 25 behandelingen	Alle medisch noodzakelijke behandelingen** (bij niet-gecontracteerd max. 40 behandelingen)

** na 40 behandelingen is vooraf schriftelijke toestemming vereist

10.3 Diëtetiek en voedingsvoorlichting

Wat wordt er vergoed?

Voor verzekerden tot 18 jaar komen, in aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering, de kosten van diëtetiek en/of voedingsvoorlichting door een diëtist per verzekerde, per kalenderjaar in aanmerking voor vergoeding. De vergoeding bij een niet-gecontracteerde diëtist is maximaal 75% van het marktconforme tarief.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een diëtist;
- de diëtetiek dient een medisch doel te hebben en richt zich op het behandelen van patiënten door dieettherapie voor het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare klachten.

Wat wordt er niet vergoed?

- de prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- de "toeslag voor uitbehandeling" door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Top AV-GeZZin	AV-Totaal
Geen vergoeding	7 kwartier	10 kwartier

10.4 Ergotherapie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen per verzekerde, per kalenderjaar, de kosten van ergotherapeutische advisering, instructie, training of behandeling, in aansluiting op de vergoeding vanuit de basisverzekering. Bij consultatie van een niet-gecontracteerde ergotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het marktconforme tarief.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de ergotherapie wordt gegeven door een ergotherapeut in een behandelruimte of op het huisadres van de verzekerde met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.
- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen, in het geval van een nieuwe indicatie als uw ergotherapeut is aangesloten bij ParkinsonNet. In het geval van een bestaande indicatie kunt u de behandeling bij uw ergotherapeut in 2016 voortzetten. In 2017 dient bij laatstgenoemde behandeling uw ergotherapeut aangesloten te zijn bij ParkinsonNet.

Wat wordt er niet vergoed?

- de prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde;
- de "toeslag thuisbehandeling" door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal 10 uur

10.5 Podologie/podo(posturale) therapie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van behandelingen/consulten door een podoloog, podo-kinesioloog, podo-orthesioloog of podotherapeut, per verzekerde, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 50,00	100% tot maximaal € 100,00	100% tot maximaal € 125,00

10.6 Stottertherapie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor stottertherapie per verzekerde per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden gegeven volgens de methodes Del-Ferro, Boma, Hausdörfer of Dixhoorn.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Top	AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 350,00	100% tot maximaal € 400,00

Artikel 11 Preventie

Aan welke algemene voorwaarden moet worden voldaan om voor vergoeding in aanmerking te komen?

- op de nota moet zijn aangegeven op welke data de onderzoeken, cursussen, voorlichting of het advies hebben plaatsgevonden en welke cursussen exact zijn gevolgd;
- de organisatie die de preventieve cursussen, de voorlichting of het advies organiseert, moet zijn goedgekeurd door Zorg en Zekerheid. Een lijst met goedgekeurde organisaties kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

11.1 GeZZondCheck

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van de GeZZondCheck éénmaal per twee kalenderjaren.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de GeZZondCheck moet worden uitgevoerd door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde organisatie of zorgverlener. Een lijst met goedgekeurde organisaties kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl;
- u neemt niet deel aan een Ketenzorgprogramma.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100% éénmaal per 2 kalenderjaren

11.2 Preventieve cursussen

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van één of meerdere preventieve cursussen per verzekerde, per kalenderjaar, mits uitgevoerd door een goedgekeurde organisatie.

Vergoeding is mogelijk voor de volgende cursussen:

- Afvallen bij overgewicht;
- Stoppen met roken;
- Leren omgaan met...;
- Alcoholtraining;
- Zelfmanagement bij lymfe-oedeem;
- Zelfmanagement bij...;
- EHBO cursus of AED training;
- EHBO bij kinderen;
- Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO);
- Medische verantwoorde trainingsprogramma's.

Kijk voor een volledige lijst met adressen van instellingen, die cursussen geven die voor vergoeding in aanmerking komen en/of die een overeenkomst hebben, op www.zorgzekerheid.nl.

Welke kosten worden niet vergoed?

De kosten van geneesmiddelen, voedingssupplementen en cursusmateriaal zijn uitgesloten van vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

De vergoeding geldt voor één of meerdere gevolgde cursussen tezamen.

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 115,00	75% tot maximaal € 150,00	100% tot maximaal € 175,00

11.3 Overgangsconsulent

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van de behandeling door een overgangsconsulent voor vrouwelijke verzekerden, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 115,00	100% tot maximaal € 150,00

11.4 Sport Medisch Advies

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van consulten en/of keuringen per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De consulten en/of keuringen moeten worden uitgevoerd door een geregistreerd sportarts in sportgeneeskundig gespecialiseerde centra (Sport Medische Adviescentra, Sport Geneeskundige Afdelingen).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Sure	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 120,00	100% tot maximaal € 100,00	100% tot maximaal € 150,00

Artikel 12 Psychologische zorg

12.1 Overige psychologische hulp

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor behandelingen per verzekerde, per kalenderjaar door:

- het Helen Dowling Instituut;
- een Simonton therapeut;
- therapeuten lid van de SBLP (onderdelen NVPIT en NVBT) en NVAGT.

En psychologische zorg per verzekerde, per kalenderjaar die bestaat uit:

- de training Herstel en Balans;
- Kanjertrainingen;
- Keiko Kidz trainingen;
- Integratieve kindtherapie voor verzekerden jonger dan 18 jaar die beschikken over een AV-GeZZin en AV-Totaal;
- Nanny training voor verzekerden die beschikken over een AV-GeZZin en AV-Totaal;
- Remedial teaching voor verzekerden die beschikken over een AV-GeZZin en AV-Totaal;
- de behandeling van dyslexie voor verzekerden die beschikken over een AV-GeZZin en AV-Totaal.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- u maakt gebruik van door ons goedgekeurde behandelaars en beroepsverenigingen zoals terug te vinden op www.zorgzekerheid.nl;
- de behandeling voor integratieve kindtherapie moet worden uitgevoerd door een therapeut die voldoet aan de voorwaarden zoals zijn gesteld door de Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT) of lid zijn van de VvVK of NVPMKT en dient multidisciplinair te zijn;
- de Nanny training, remedial teaching of de behandeling van dyslexie moet worden uitgevoerd door een orthopedagoog die lid is van de vereniging van orthopedagogen (NVO) of door een behandelaar die werkt conform de voorwaarden zoals bijvoorbeeld zijn gesteld door de Landelijke Bond van Remedial Teachers (LBRT).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Sure	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 200,00	75% tot maximaal € 320,00	100% tot maximaal € 500,00

12.2 Lichttherapie

Wat wordt er vergoed?

Eénmaal per kalenderjaar komen de kosten van het huren van een Bright Light (lichttherapie voor seizoensdepressie) voor een periode van maximaal 10 dagen voor vergoeding in aanmerking. U kunt er ook voor kiezen om eenmalig de kosten van aanschaf van een Bright Light voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Eenmalig houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten van aanschaf van een Bright Light niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daarop volgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er dus geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u een aankoop- of huurbewijs bij ons in te dienen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Voor een periode van maximaal 10 dagen tot een maximum van € 7,00 per dag of éénmalig de kosten voor de aanschaf tot een maximum van € 70,00

Artikel 13 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 13.2.1 en 13.2.2. De vergoeding van de bijbehorende prestatiecodes vindt u op www.zorgenzekerheid.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.zorgenzekerheid.nl.

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

Welke kosten worden niet vergoed?

- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet tijdig afgemelde afspraken;
- de kosten voor röntgendiagnostiek in combinatie met controle 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;
- kaakoverzichtsfoto's (X21) tot 18 jaar;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 13.4;
- bleken van elementen (met uitzondering van inwendig bleken vanuit de AV-Totaal);
- 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.

13.1.1 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-Basis	AV-Sure AV-Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 150,00	75% tot maximaal € 250,00	75% tot maximaal € 500,00	85% tot maximaal € 1.000,00

13.1.2 Orthodontie aan verzekerden tot 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor orthodontische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts;
- de vergoeding is éénmalig voor de gehele duur van de verzekering. Eenmalig houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten voor orthodontische behandeling niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daarop volgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er dus geen nieuw recht op vergoeding;
- indien u in een volgend kalenderjaar bij ons overstapt naar een aanvullende verzekering met een hogere vergoeding, dan telt het bedrag dat u al vergoed hebt gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering bij ons mee voor de maximum vergoeding van uw nieuwe aanvullende verzekering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Plus	AV-GeZZin Compact	AV-Top	AV-GeZZin	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.000,00 vanaf 2013	100% tot maximaal € 1.750,00	100% tot maximaal € 2.000,00	100%

13.2 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

13.2.1 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 of mondhygiënist;
- de kosten voor röntgendiagnostiek in combinatie met een controle worden vergoed tot een maximum van € 35,00.

Welke kosten worden niet vergoed?

De kosten voor M01 (preventieve voorlichting), M02 (evaluatie) en M03 (gebitsreiniging) tezamen boven de 30 minuten.

AV-Basis	AV-Sure AV-Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 150,00	100% tot maximaal € 250,00	100% tot maximaal € 500,00	100% tot maximaal € 1.000,00

Het maximumbedrag per aanvullende verzekering geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 13.2.1 en 13.2.2 samen.

13.2.2 Overige tandheelkundige behandelingen

Wat wordt er vergoed?

- benodigde tandheelkundige behandelingen, gedeclareerd door een tandarts of mondhygiënist;
- 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;
- kleine röntgenfoto's in het kader van een wortelkanaalbehandeling of een tandvleesbehandeling uitgevoerd door een tandarts.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-Sure AV-Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 150,00	75% tot maximaal € 250,00	75% tot maximaal € 500,00	85% tot maximaal € 1.000,00

Het maximumbedrag geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 13.2.1 en 13.2.2 samen.

13.2.3 Delen

Wat wordt er vergoed?

Tweemaal de maximale vergoeding per type aanvullende verzekering voor de zorg zoals genoemd in artikel 13.2 per kalenderjaar indien u beiden beschikt over een AV-Delen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De uitkeringsvoorwaarden in artikel 13.2 blijven van kracht.

Wat wordt er niet vergoed?

- implantaten in een betande kaak;
- ongevalsdekking.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Delen € 150,00 in combinatie met AV-Sure, AV-Standaard	AV-Delen € 250,00 in combinatie met AV-GeZZin Compact	AV-Delen € 500,00 in combinatie met AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus	AV-Delen € 1.000,00 in combinatie met AV-Totaal
Tot maximaal € 300,00 per 2 deelnemers	Tot maximaal € 500,00 per 2 deelnemers	Tot maximaal € 1.000,00 per 2 deelnemers	Tot maximaal € 2.000,00 per 2 deelnemers

13.3 Ongevalsdekking tandheelkunde

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van tandheelkundige hulp die nodig zijn ten gevolge van een ongeval. De behandeling gericht op het letsel moet doelmatig en gebruikelijk zijn en de behandeling mag niet onnodig kostbaar of ingewikkeld zijn.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- het tandheelkundig letsel is ontstaan door een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering;
- het ongeval dient binnen 60 dagen bij Zorg en Zekerheid te worden gemeld;
- de kosten zijn een direct gevolg van het ongeval;
- de zorgverlener moet een behandelplan met begroting opstellen waaruit blijkt dat de behandeling in relatie staat met het letsel dat door het ongeval ontstaan is;
- de behandeling vindt plaats door een daartoe bevoegde zorgverlener.

Welke kosten worden niet vergoed?

- de kosten voor ongeval gerelateerde tandheelkundige hulp vanaf twee jaar na het ongeval;
- de kosten voor ongeval gerelateerde tandheelkundige hulp die ontstaan zijn ten gevolge van een ongeval in het buitenland. Meer informatie over tandheelkundige hulp in het buitenland kunt u vinden in artikel 3.3.2 in deze polisvoorwaarden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.500,00 per gebeurtenis	100% tot maximaal € 2.000,00 per gebeurtenis

13.4 Implantaten in een betande kaak

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor:

- onderzoek, diagnostiek en opstellen behandelplan;
- botopbouw die noodzakelijk is om het implantaat te plaatsen;
- plaatsen van het implantaat;
- de kosten van het implantaat.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg;
- de tandarts dient de behandeling in rekening te brengen met de prestatiecodes zoals opgenomen in het hoofdstuk implantologie (J-codes) van de geldende tariefbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 750,00 door een tandarts of 100% tot maximaal € 500,00 door een kaakchirurg

Artikel 14 Overige

14.1 Bezoekkosten opgenomen gezinslid

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen per verzekerde, per kalenderjaar de kosten van vervoer van de verzekerde van het woonadres naar de instelling en terug, bij opname van een gezinslid in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland, of het astmacentrum in Davos.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- het opgenomen gezinslid moet ook aanvullend zijn verzekerd bij Zorg en Zekerheid;
- bij de declaratie moet worden vermeld:
 - de naam van de opgenomen en van de bezoekende verzekerde;
 - de naam van het ziekenhuis;
 - de periode waarin de bezochte verzekerde opgenomen is geweest.

Wat moet ik nog meer weten?

- 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);
- als u reist met eigen vervoer dan geldt een vergoeding van € 0,30 per kilometer. De enkele reisafstand wordt verminderd met 20 kilometer (40 kilometer retour), waarvan de kosten voor eigen rekening blijven;
- als u gebruik maakt van de (rolstoel)taxi of van het openbaar vervoer dan wordt de vergoeding verleend op basis van de kosten in de laagste klasse;
- de vergoeding betreft alleen de kilometervergoeding;
- de vergoeding kan voor maximaal één bezoek per dag worden toegekend.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 250,00	100% tot maximaal € 300,00

14.2 Contributie patiëntenvereniging

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging per verzekerde per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het moet een patiëntenvereniging zijn voor verzekerden met een chronische aandoening.

Welke kosten worden niet vergoed?

- de contributie voor belangenorganisaties zijn voor uw eigen rekening;
- donaties en steunend lidmaatschap.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 20,00

14.3 Vergoeding eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Wat wordt er vergoed?

Als u volgens de basisverzekering recht hebt op zittend ziekenvervoer, dan bent u een eigen bijdrage van maximaal € 98,00 per kalenderjaar verschuldigd. Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten van uw eigen bijdrage, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 97,00

14.4 Vergoeding eigen bijdrage Wlz/WMO

Wat wordt er vergoed?

Als u gebruik maakt van zorg in het kader van de Wlz of WMO, dan kunt u te maken krijgen met een eigen bijdrage. Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten van de eigen bijdrage, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- u heeft een indicatie voor thuiszorg;
- de nota dient van het CAK of gemeente te komen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 200,00

14.5 Lidmaatschap thuiszorgorganisaties

Wat wordt er vergoed?

De contributie voor een thuiszorgorganisatie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De thuiszorgorganisatie moet verbonden zijn aan een erkende ledenservice organisatie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-Plus	AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 17,50

14.6 Lidmaatschap sportvereniging

Wat wordt er vergoed?

De contributie van een sportvereniging of gecontracteerde sportinstelling per (gratis) meeverzekerd kind jonger dan 18 jaar, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De sportvereniging of sportinstelling dient lid te zijn van een bond die aangesloten is bij het NOC*NSF of een contract te hebben met Zorg en Zekerheid.

Wat moet ik nog meer weten?

Sportverenigingen werken voor hun contributie met seizoenen en niet met kalenderjaren. Dit betekent in de praktijk dat een declaratie voor de contributie voor 2015-2016 ten laste komt van kalenderjaar 2015.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-Plus	AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 50,00

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.
- Als verzekerden voor de aanvullende verzekering AV-Plus, kunnen alleen worden ingeschreven personen van 18 jaar en ouder die voldoen aan één van de voorwaarden als bedoeld in lid a onder 1, 2 of 3.
- Bij AV-Delen gelden de volgende voorwaarden:
 - Als verzekerden voor de AV-Delen komen alleen diegenen in aanmerking die beiden verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid op basis van een aanvullende verzekering met een vergoeding voor tandheelkunde. Beiden moeten wel hetzelfde AV-pakket hebben;
 - De AV-Delen kan alleen worden afgesloten door twee betalende verzekerden van Zorg en Zekerheid, die op één polis staan ingeschreven en die dezelfde aanvullende verzekering hebben;
 - De AV-Delen heeft alleen betrekking op tandheelkundige hulp zoals vermeld in artikel 13.2 van de polisvoorwaarden.

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 is/zijn aangemeld. Bij aanmelding buiten deze 4 maanden termijn geldt dat de inschrijving ingaat op de ontvangstdatum van de aanvraag voor de verzekering;
- 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;
- Indien u in verband met zwangerschap kiest voor de AV-GeZZin gedurende het jaar, dan is een voorwaarde dat u bij Zorg en Zekerheid al ingeschreven staat op een aanvullende verzekering.

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 e-mail 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 afsluit 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 e-mail 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;

2. Niet tijdige betaling als bedoeld in 6.1.g onder 1;
 3. (Poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdragingen 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:

- a. 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;
- b. Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;
- c. Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
- d. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
- e. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer/verzekerde registreren in het Extern Verwijzingsregister. Bij vastgestelde fraude of een sterk vermoeden van fraude kan aangifte worden 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 e-mail 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 meedeelt 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 de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht per de einddatum van de detentie.

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, behalve bij AV-Delen;
- 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. Met inachtneming van hetgeen is bepaald onder b, en gelet op de leeftijdsgrens uit artikel 2.2 lid b, worden kinderen waarvan beide ouders over een aanvullende verzekering AV-Plus beschikken, verzekerd conform de AV-Top;
- d. 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 e-mail aan Zorg en Zekerheid kenbaar maken. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend;
- e. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een uitgebreidere dekking moet de verzekeringnemer/verzekerde dit voor 1 januari van enig jaar schriftelijk, telefonisch of per e-mail aan Zorg en Zekerheid kenbaar maken. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend;
- f. Kinderen jonger dan 18 jaar die alleen op een polis staan, waarvan de ouders niet bij Zorg en Zekerheid verzekerd (kunnen) zijn, betalen geen premie en worden verzekerd in de AV-Sure.

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.

6.3 Berekening Premie

Grondslag van de premie

Korting collectiviteit (% van de grondslag van de premie)	-
Korting internet (% van de grondslag van de premie)	-
<hr/>	
Tussenresultaat (te betalen premie)	

Korting betaaltermijnen (% tussenresultaat)	-
<hr/>	
Te betalen premie	

6.4 Internetkorting

U kunt een internetkorting aanvragen op uw aanvullende verzekering, als u gebruik maakt van MijnZZ en een machtiging voor automatische incasso van de premie afgeeft.

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 e-mail 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 e-mail verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7.5 Geen recht van opzegging

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

- a. Bij een herziening van de voorwaarden en/of premie, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de Zorgverzekeringswet of Wlz aanspraak bestaat;
- b. Bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking.

8 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten:

- a. 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;
- b. 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;
- c. Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met terrorisme voor zover niet anders is bepaald in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden NV. Het clausuleblad is op 6 januari 2005 gedeponereerd 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 een van onze winkels;
- d. Indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- e. 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);
- f. 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;
- g. Indien en voor zover u daarop aanspraken heeft ingevolge de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering of op grond van de Wlz;
- h. Indien de kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in Rubriek A 3;
- i. Kosten die gemaakt worden voor behandelingen waarvoor van te voren een verwijzing noodzakelijk is en/of toestemming dient te worden aangevraagd en die verwijzing en/of toestemming niet van te voren is aangevraagd noch is afgegeven.

9 Dubbele dekking

- a. U kunt geen aanspraak maken op vergoeding of verstrekkingen indien de kosten zijn ontstaan door ziekten en/of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of, ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten, een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden;
- b. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder de 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 uitsluitend 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 (SKGZ)
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 5 november 2015 met ingang van 1 januari 2016.

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 een 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.

MijnZZ

Verzekerden van Zorg en Zekerheid hebben toegang tot MijnZZ. Via MijnZZ is het mogelijk ingediende declaraties, eigen risico, persoonlijke gegevens en polis gegevens te raadplegen of indien van toepassing te wijzigen. Bovendien kunt u via MijnZZ uw nota's online declareren. U kunt in MijnZZ inloggen met uw DigiD account via www.zorgenzekerheid.nl/mijnzz.

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 declareer uw nota('s) online via MijnZZ www.zorgenzekerheid.nl/mijnzz. De originele nota dient u minimaal drie jaar na uploaden te bewaren. Binnen deze periode kunnen wij de nota nog opvragen voor controle;

Of;

- 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