



**Polisvoorwaarden 2009  
aanvullende verzekeringen**

# Rubriek A.

## Begripsomschrijvingen

Voor alle hierna omschreven zorgverleners of zorgverlenende instanties geldt dat ze in Nederland gevestigd moeten zijn, dan wel in geval van een dienstverband met een instelling in Nederland werkzaam moeten zijn.

### Acupuncturist

Iemand die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG 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](http://www.zorgenzekerheid.nl).

### 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 Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (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 eurietherapie 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).

### 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

Iemand die als arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

### AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

### Basisverzekering/Basispakket

Zie: Hoofdverzekering.

### Bestuur

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

### Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een door de bevoegde overheidsinstantie erkend (of voorlopig erkend) universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

### Chiropractor

Iemand 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 beroepsverenigingen vindt u op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl).

### Diëtist

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

### 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.

### 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).

### Eigen bijdrage

Bijdrage in aanvulling op vergoeding vanuit de hoofdverzekering die de verzekerde zelf moet betalen.

### Ergotherapeut

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

### Fleboloog/proctoloog

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

### Fysiotherapeut

Iemand die als fysiotherapeut is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

### Geriatrisch fysiotherapeut

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

### 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.

### Haptotherapeut

Iemand 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](http://www.zorgzekerheid.nl).

#### Herstellingsoorden

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

Iemand 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 iemand 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](http://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 basispakket 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

Iemand met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt en die als huidtherapeut is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 34 van de Wet BIG.

#### Huisarts

Iemand die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), die beroepsmatig huisarts-geneeskundige hulp verleent en die voor eigen rekening en risico praktijk uitoefent.

#### Hulpmiddelen

De hulpmiddelen conform de Zorgverzekeringswet en de Regeling zorgverzekering.

#### Kaakchirurg

Iemand die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

#### Kind

Ongehuwd eigen, adoptief of pleegkind tot 18 jaar.

#### Kinder 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 kinderoefentherapeut staat geregistreerd in het register van verbijzonderde oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

#### Kraambureau of kraamcentrum

Een organisatie die zorgt 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.

#### Lactatiekundige

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

#### Manueel geneeskundige

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

#### Medisch adviseur

De (tand)arts of paramedicus die Zorg en Zekerheid in (para)medische aangelegenheden adviseert.

#### 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 3.3.

#### Medisch specialist

Een arts zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG die is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

#### Meer Bewegen voor Ouderen

Een groepsgewijze cursus georganiseerd door een lokale welzijnsorganisatie die voldoet aan de voorwaarden van de NOC\*NSF. Dit houdt in dat de cursusleider in bezit is van het certificaat MBvO.

#### Mondhygiënist

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

#### Natuurgeneeskundige

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

#### Oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar

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

#### 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.

**Orthodontie**

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

**Orthodontist**

Iemand die als tandarts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het specialistenregister voor Dento Maxillaire orthopaedie 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**

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

**Osteopaat**

Iemand 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).

**Overgangsconsulent(e)**

Iemand 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.

**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.

**Podotherapeut**

Iemand 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.

**Podoposturale therapeut**

Iemand 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.

**Podoloog**

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

**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 Fysiotherapeuten (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**

Iemand die als psychotherapeut is geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG.

**Reglement Farmaceutische Zorg**

Het reglement Farmaceutische Zorg is op te vragen bij Zorg en Zekerheid en te vinden op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl).

**Reglement Hulpmiddelen**

Het Reglement Hulpmiddelen is op te vragen bij Zorg en Zekerheid en te vinden op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl).

**Schoonheidsspecialist**

Iemand 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.

**Shiatsu-therapeut**

Iemand 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.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl).

**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**

Iemand die als tandarts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

**Tandprotheticus**

Iemand die voldoet aan de eisen voor tandprotheticus in het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

**Tandtechnicus**

Een technicus 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.

#### Verloskundige

Iemand die als verloskundige is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

#### Verzekering

De door de verzekeringsovereenkomst geregelde rechtsverhouding.

#### 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 Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.

#### Wet BIG

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

#### WOG

Wet op de Geneesmiddelenvoorziening.

#### Wij/ons/Zorg en Zekerheid

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.

#### Zelfzorgmiddel

Zie: Drogisterijmiddel.

#### Ziekenhuis

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

#### Zorghotel

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

#### Zorgverzekering

Zie: Hoofdverzekering.

## Rubriek B. 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 27 augustus 2008. De vergoedingen voor de medische kosten vanuit de AV-Basis, AV-SURE, AV-Standaard, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Totaal en AV-Plus 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. De verzekeringsvoorwaarden en deze rubriek tezamen vormen de Algemene Voorwaarden van uw aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid.

De vergoedingen voor de medische kosten vanuit de AV-Basis, AV-SURE, AV-Standaard, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Totaal en AV-Plus 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. De verzekeringsvoorwaarden en deze rubriek tezamen vormen de Algemene Voorwaarden van uw aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid.

### Artikel 1 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen

#### Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

Als kosten worden gezien de kosten van consulten, behandelingen en geneesmiddelen. Per verzekerde komen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking de kosten van de volgende alternatieve behandelwijzen en homeopathische/antroposofische geneesmiddelen:

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

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

- 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 geneeswijzen geldt dat de behandelaar moet voldoen aan de voorwaarden die zijn genoemd bij de begripsomschrijvingen (Rubriek A);
- de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door de arts bij wie u onder behandeling bent;
- de middelen moeten worden afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts in Nederland;
- 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](http://www.cbg-meb.nl).

#### Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

AV-Basis AV-SURE AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
50%, tot maximaal € 250,00	75%, tot maximaal € 460,00	100%, tot maximaal € 600,00

## Artikel 2 Brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen

### Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

Per verzekerde komen per 24 maanden voor vergoeding in aanmerking de kosten van de aanschaf van brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen. Voor verzekerden jonger dan 13 jaar, die zijn verzekerd via een AV-GeZZin, kunnen de kosten één keer per 12 maanden voor vergoeding in aanmerking komen.

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

- de bovengenoemde termijn van 24 (dan wel 12) maanden gaat in op de dag van de eerste verstrekking;
- er moet sprake zijn van een sterkte vanaf 2.25 dioptrieën per glas/lens (ook als er alleen een montuur wordt gedeclareerd).

### Op welke vergoeding hebt u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

AV-Basis AV-SURE AV-Standaard	AV-Top	AV-GeZZin tot 13 jaar	AV-GeZZin vanaf 13 jaar	AV-Plus	AV-Totaal
Maximaal € 40,00 éénmaal per 24 maanden	Maximaal € 70,00 éénmaal per 24 maanden	Maximaal € 70,00 éénmaal per 12 maanden <b>of</b> éénmaal per 12 maanden een gratis kinderbril inclusief montuur en glazen bij Pearle Opti- ciens of Eye Wish Groene- veld	Maximaal € 70,00 éénmaal per 24 maanden	Maximaal € 100,00 éénmaal per 24 maanden	Maximaal € 150,00 éénmaal per 24 maanden

Als verzekerde bij Zorg en Zekerheid ontvangt u bij Pearle Opticiens en Eye Wish Groeneveld bovendien de volgende kortingen op elke aanschaf:

- € 50,00 korting op een complete bril met enkelvoudige glazen;
- € 100,00 korting op een complete bril met multifocale glazen;
- 15% korting op contactlenzen;
- 15% korting op zonnebrillen;
- tweede bril gratis bij Pearle Opticiens.

Deze kortingen gelden niet i.c.m. andere aanbiedingen. Vraag naar de voorwaarden in de winkel.

## Artikel 3 Buitenland

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

#### Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

De kosten voor tabletten/injectie(s)/consulten en het vaccinatieboekje komen in aanmerking voor vergoeding. De vergoeding geldt per verzekerde per kalenderjaar. Laboratoriumonderzoeken, muggen crème en -olie zijn uitgesloten van vergoeding.

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

- 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](http://www.lcr.nl);

- laboratoriumonderzoeken, muggen crème en -olie zijn uitgesloten van vergoeding.

#### Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

AV-Basis	AV-SURE	AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 80,00	Geen vergoeding	Maximaal € 80,00	Maximaal € 150,00

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

AV-Basis, AV-SURE, AV-Standaard, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus en AV-Totaal:

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 tweemaal poliklinische behandeling zonder uitstel contact is opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (+31 71 58 25 444) of eventueel per telegram, e-mail ([alarmcentrale@anwb.nl](mailto:alarmcentrale@anwb.nl)) of fax (+31 70 314 70 40);
- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist wordt meegezonden;
- de vakantie- of zakenreis samen en aaneengesloten niet langer dan drie maanden duurt. Onder vakantie reizen worden ook dag- en weekendtrips gerekend;
- de stage- of studieperiode samen en aaneengesloten niet langer dan zes maanden duurt en er, na overlegging van een stage- of studieverklaring en een IBG-verklaring, door Zorg en Zekerheid toestemming is verleend.

### 3.3 Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland

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

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

#### Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-SURE, AV-Standaard, 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 geneeskundige kosten. Voor informatie bel Assurantiebemiddeling (071) 5 825 353.

### 3.3.1 Geneeskundige kosten

*Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?*

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 € 0,28 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie en/of zakenreis;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland;
- een vooraf gemachtigde en getarifeerde nierdialyse.

*Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?*

<b>AV-Basis, AV-SURE, AV-Standaard, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal</b>
- 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

*Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?*

In aanmerking komen de kosten van tandheelkundige noodhulp op basis van kostprijs. Uitsluitend zijn de kosten van kronen, brugwerk en implantaten.

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

- betreft kosten van tandheelkundige noodhulp op basis van kostprijs;
- uitgesloten zijn de kosten van kronen en brugwerk en implantaten.

*Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?*

<b>AV-Basis</b>	<b>AV-SURE, AV-Standaard, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal</b>
Geen vergoeding	Maximaal € 345,00

### 3.3.3 Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen

*Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?*

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

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

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.

Uitsluiting:

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

*Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?*

<b>AV-Basis, AV-SURE, AV-Standaard, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal</b>
Kostprijs

### 3.3.4 De kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale

*Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?*

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

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

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.

*Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?*

<b>AV-Basis, AV-SURE, AV-Standaard, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal</b>
Kostprijs

### 3.4 Overwinteraars

*Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?*

De kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg als u in de winter in het buitenland verblijft.

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

- U overwintert in Frankrijk, Portugal, Griekenland, Italië, Spanje of Turkije;
- U verblijft daar langer dan 3 maanden in de periode van 1 oktober tot en met 31 maart;
- Uw zorgverzekering loopt door tijdens dat verblijf;
- De overige bepalingen uit de artikelen 3.2 tot en met 3.5 blijven onverminderd van kracht.

### 3.5 Uitsluitingen

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](http://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) 5 825 849 of [buitenland@zorgenzekerheid.nl](mailto:buitenland@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) 5 825 849 of [buitenland@zorgenzekerheid.nl](mailto:buitenland@zorgenzekerheid.nl);

- d. Kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31ste week;
- e. Kosten die verband houden met tandheelkunde voor verzekerden met een AV-Basis.

### 3.6 Indienen en vergoeding van nota's uit het buitenland

AV-Basis, AV-SURE, AV-Standaard, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus en AV-Totaal:

- a. Bij declaraties uit het buitenland moet naast de originele nota ook een declaratieformulier worden ingediend. Dit formulier is verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid of te downloaden op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl). De originele nota tezamen met het declaratieformulier kunt u opsturen naar: Zorg en Zekerheid, t.a.v. Afdeling Declaraties Buitenland, Antwoordnetnummer 12030, 2300 VC LEIDEN.
- b. 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;
- c. 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;
- d. 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;
- e. Vertaalkosten, als bedoeld in het voorgaande lid, komen niet voor een vergoeding in aanmerking;
- f. De vergoeding van de gemaakte kosten vindt plaats in Nederland in euro's. Dit met inachtneming van de omrekenkoers conform de richtlijnen van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). 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.

## Artikel 4 Farmaceutische hulp

### 4.1 Vergoeding GVS-eigen bijdrage

*Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?*

De kosten van de GVS-eigen bijdrage voor de middelen Concerta en Strattera.

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

Het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelvergoedingssysteem (GVS) is van toepassing. Dit betekent dat voor Concerta en Strattera 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).

*Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?*

AV-Basis AV-SURE AV-Standaard	AV-Top	AV-GeZZin	AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 100,00	100%, tot maximaal € 750,00	Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 750,00

### 4.2 Vaccinaties

*Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?*

De kosten voor vaccinatie tegen diarree bij zuigelingen en de kosten voor vaccinatie tegen baarmoederhalskanker. Onder deze kosten vallen tevens de kosten voor de toediening.

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

- de vaccinaties moeten niet vallen binnen het algemeen vaccinatieprogramma van de overheid;
- de toediening dient na overleg met uw huisarts te geschieden door een arts.

*Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?*

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

## Artikel 5 Geboortezorg

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

### 5.1 Kraampakket

Verzekerden die zwanger zijn of een baby adopteren, kunnen bij Zorg en Zekerheid een kraampakket aanvragen.

*Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om voor deze verstrekking in aanmerking te komen?*

U moet het kraampakket uiterlijk 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aanvragen via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer: 0900 222 44 66) of via de website ([www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl)). Het kraampakket kan ook worden aangevraagd bij adoptie als het kind jonger is dan 6 maanden.

*Waarop heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?*

AV-Basis	AV-SURE	AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus	AV-Totaal
Standaard kraampakket*	Geen kraampakket	Standaard kraampakket*	Uitgebreid kraampakket*	Geen kraampakket	Uitgebreid kraampakket*

\* Zie begripsomschrijvingen onder rubriek A

### 5.2 Vergoeding van de eigen bijdrage voor verloskundige hulp en kraamzorg

*Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?*

In aanmerking komen de kosten van uw eigen bijdrage die u volgens het basispakket moet betalen per bevalling.

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

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

*Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?*

AV-Basis AV-SURE 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	100%, tot maximaal € 250,00



### 5.3 Vergoeding aanvullende kraamzorg

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

- de zorg moet worden verleend door een kraambureau;
- het kraambureau stelt de indicatie en vraagt vooraf toestemming aan Zorg en Zekerheid;
- u kunt tot maximaal 6 weken na de bevalling of na adoptie van kinderen jonger dan zes maanden aanspraak maken op vergoeding van aanvullende kraamzorg. Bij couveusekinderen geldt de termijn van zes weken niet.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 5.4 Borstkolf

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten (huur of koop) van een elektrische borstkolf.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 5.5 Zwangerschapscursus

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

- 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 zes maanden na de bevalling.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 5.6 Borstvoedingscursus

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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: 0900 222 44 66) of via de website [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl).

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 5.7 Combinatietest

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

De combinatietest dient uitgevoerd te worden door een huisarts, verloskundige of medisch-specialist die beschikt over een Wbo-vergunning voor prenatale screening. De vrouwelijke verzekerde dient jonger dan 36 jaar te zijn.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 5.8 Lactatiekundige

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

De kosten van een lactatiekundige per verzekerde, per kalenderjaar.

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

De lactatiekundige dient te voldoen aan de criteria van Zorg en Zekerheid zoals vermeld in de begripsomschrijvingen, rubriek A.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

## Artikel 6 Herstel en verblijf

### 6.1 Herstellingsoorden

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten voor het verblijf in een herstellingsoord in Nederland per verzekerde, per kalenderjaar.

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

- voor het verblijf in een herstellingsoord is een verwijzing van de behandelend arts nodig;
- het herstellingsoord dient toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-SURE	AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Maximaal € 35,00 per dag met een maximum van € 1.050,00	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

Of:

### 6.2 Hospice

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten voor verblijf in een hospice in Nederland per verzekerde, per kalenderjaar.

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

Voor het verblijf in een hospice is een verwijzing van de behandelend arts nodig.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-SURE	AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Maximaal € 35,00 per dag met een maximum van € 1.050,00	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

Of:

### 6.3 Zorghotel

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten voor verblijf in een zorghotel in Nederland per verzekerde, per kalenderjaar.

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

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

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-SURE	AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Maximaal € 35,00 per dag met een maximum van € 1.050,00	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

### 6.4 Kuurreizen

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

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

- u moet vooraf een aanvraag indienen bij Zorg en Zekerheid met een onderbouwing van uw behandelend arts en toestemming hebben van Zorg en Zekerheid;

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

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-SURE	AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
100%, tot een maximum van € 1.050,00	Geen vergoeding	100%, tot een maximum van € 1.050,00

### 6.5 Logeerhuis

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

Ook het opgenomen gezinslid moet aanvullend zijn verzekerd bij Zorg en Zekerheid.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 6.6 Therapeutisch kamp voor jongeren

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

Verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar en lijden aan o.a. CARA, Diabetes Mellitus (suikerziekte), Cystic Fibrosis, Kanker of Obesitas kunnen eenmaal per kalenderjaar in aanmerking komen voor vergoeding van de kosten van verblijf en behandeling in een therapeutisch kamp.

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

- het therapeutische kamp is in Nederland;

- de organisatie is in handen van een erkende patiënten(belangen)organisatie.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

## 6.7 Vervangende mantelzorg

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

- de vervangende mantelzorg moet worden geregeld door de Stichting Thuisverzorging Gehandicapten;
- Zorg en Zekerheid moet vooraf toestemming hebben gegeven.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

## Artikel 7 Huidtherapie

### 7.1 Acnébehandeling

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

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

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 7.2 Camouflagetherapie

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

- de huidafwijking bevindt zich in gezicht of hals;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- u moet beschikken over een verwijzing van een huisarts of medisch specialist.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-SURE AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
50%, tot maximaal € 115,00	75%, tot maximaal € 115,00	100%, tot maximaal € 150,00

## 7.3 Dermatografie (medische tatoeage)

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

- u moet een verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of dermatoloog.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 7.4 Epilatie of laserontharing

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

- de beharing moet zich bevinden op plaatsen in het gezicht waar dat naar algemene opvattingen ongebruikelijk is;
- u moet vooraf toestemming hebben van Zorg en Zekerheid en u moet uw aanvraag, vergezeld van een schriftelijke toelichting en/of motivering van uw behandelend arts, bij Zorg en Zekerheid indienen vóór aanvang van de behandeling;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 7.5 UV-B lichttherapie

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

Verzekerden die lijden aan vitiligo of aan psoriasis kunnen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van UV-B lichttherapie. Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking:

- de kosten van de UV-B lichttherapie voor een poliklinische (dag)behandeling door een huisarts;
- of :
- de kosten van de aanschaf of huur van UV-B lichtapparatuur voor thuisgebruik.

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

- de behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts;
- de vitiligo of psoriasis reageert niet gunstig op de algemeen gebruikelijke therapieën;
- bij de eerste nota moet u een door de behandelend arts opgestelde medische onderbouwing van de behandeling meesturen.

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

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-SURE	AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
50%, tot maximaal € 350,00	Geen vergoeding	50%, tot maximaal € 350,00	75%, tot maximaal € 500,00	100%, tot maximaal € 750,00

### 7.6 Voetverzorging voor verzekerden met suikerziekte of reumapatiënten

Verzekerden die lijden aan suikerziekte of aan reuma kunnen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van voetverzorging.

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

De behandeling moet worden uitgevoerd door een pedicure die in het bezit is van het certificaat 'Voetverzorging bij diabetici' respectievelijk het certificaat 'Voetverzorging bij reumapatiënten'.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-SURE AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	75%, tot maximaal € 150,00	100%, tot maximaal € 210,00

## Artikel 8 Hulpmiddelen

### 8.1 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten die de vergoeding voor de kosten van hulpmiddelen uit het basispakket, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering te boven gaan voor:

- een prothese-bh en plakstrips behorend bij een borstprothese;
- een pruik;
- een hoortoestel;
- een steunpessarium;
- steunzolen/podotherapeutische zolen.

Niet voor vergoeding in aanmerking komen:

- de kosten voor hulpmiddelen uit het basispakket, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement hulpmiddelen als er, volgens de daarin opgenomen regels, geen recht op het hulpmiddel bestaat;
- de kosten van het nazorgcontract, de onderhoudsmiddelen, de reinigungsset of de vervangingsgarantie bij hoortoestellen.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Standaard
- voor een prothese-bh en plakstrips bij een borstprothese: 50%, tot maximaal € 35,00 - voor een pruik: 100%, tot maximaal € 70,00 - voor een hoortoestel: 100%, tot maximaal € 70,00 - voor steunpessarium: 100%, tot maximaal € 70,00 - voor steunzolen/podotherapeutische zolen: 50%, tot maximaal € 35,00

AV-Top AV-Plus AV-GeZZin
- voor een prothese-bh en plakstrips bij een borstprothese: 100%, tot maximaal € 70,00 - voor een pruik: 100%, tot maximaal € 140,00 - voor een hoortoestel: 100%, tot maximaal € 140,00 - voor steunpessarium: 100%, tot maximaal € 70,00 - voor steunzolen/podotherapeutische zolen: 100%, tot maximaal € 70,00

AV-Totaal
- voor een prothese-bh en plakstrips bij een borstprothese: 100%, tot maximaal € 100,00 - voor een pruik: 100%, tot maximaal € 200,00 - voor een hoortoestel: 100%, tot maximaal € 200,00 - voor steunpessarium: 100%, tot maximaal € 70,00 - voor steunzolen/podotherapeutische zolen: 100%, tot maximaal € 100,00

AV-SURE
Geen vergoeding

### 8.2 Plasweccker

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

Verzekerden komen één keer tijdens de gehele looptijd van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de kosten voor de aanschaf- of huurkosten van een plasweccker.

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

De plasweccker moet door de behandelend arts zijn voorgeschreven.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 8.3 Hulpmiddelen bij thuisverpleging

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

Verzekerden komen één keer tijdens de gehele looptijd van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de aanschafkosten van:

- heupondersteuningsband;
- aankleedstokje;
- 'helping hand';
- heupbeschermer.

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

Het hulpmiddel moet door de behandelend arts of verloskundige zijn voorgeschreven.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-SURE	AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
75% van de aanschafkosten	Geen vergoeding	75% van de aanschafkosten

#### 8.4 Hulpmiddelen bij (thuis)verpleging

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de huurkosten van:

- ondersteek (normaal of slofmodel);
- zitbad;
- haarwasbak;
- stoomketel;
- draaischijf;
- infuusstandaard;
- windring;
- patiëntenlift;
- douchestoel;
- toiletstoel;
- toiletverhoger.

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

De kosten worden vergoed als de uitleentermijn van de thuiszorgorganisatie is verstreken.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-SURE	AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Maximaal 6 maanden	Geen vergoeding	Maximaal 6 maanden

#### 8.5 Alarmering op sociale indicatie

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

Wij vergoeden de kosten van de huur voor persoonlijke alarmeringsapparatuur.

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

Er dient sprake te zijn van een sociale indicatie voor persoonlijke alarmering die door Zorg en Zekerheid kan worden vastgesteld.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

#### 8.6 Gehoorbeschermers

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

Wij vergoeden eenmalig per kalenderjaar de kosten van gehoorbeschermers.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

## Artikel 9 Medisch Specialistische hulp

### 9.1 Flebologie/proctologie

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten van consulten, verbandmiddelen en injecties voor flebologische behandelingen per verzekerde, per kalenderjaar.

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

- alleen de kosten van behandeling van aderijske aandoeningen (bijvoorbeeld spataderen, 'open been', aambeien) worden vergoed;
- u hebt een verwijzing nodig van de huisarts of specialist;
- de behandeling moet worden verricht door een arts-fleboloog of arts-fleboloog-proctoloog, individueel of in groepsverband, in een polikliniek of in een centrum voor flebologie.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-SURE	AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
50%, tot maximaal € 75,00	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

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

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

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 9.3 Besnijdenis met medische indicatie bij mannen

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

- 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 medische noodzakelijke ingreep gaat;
- de verwijzing moet met de rekening worden meegestuurd.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-SURE AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
50%, tot maximaal € 230,00	75%, tot maximaal € 230,00	100%, tot maximaal € 230,00

#### 9.4 Sterilisatie

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

##### Sterilisatie bij mannen

AV-Basis AV-SURE AV-Standaard AV-Plus
Geen vergoeding

AV-Top AV-GeZZin
- 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

AV-Totaal
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-Plus
Geen vergoeding

AV-Top AV-GeZZin
75%, tot maximaal € 350,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd

AV-Totaal
100%, tot maximaal € 700,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd

#### 9.5 Invriezen en opslaan van semen

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

Per mannelijke verzekerde komen eenmalig de kosten van het invriezen en opslaan van semen voor een periode van maximaal 5 jaar in aanmerking voor vergoeding.

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

- u heeft als gevolg van een oncologische ziekte dan wel als gevolg van oncologische behandelingen kans op onvruchtbaarheid, een sterk verminderde vruchtbaarheid, beschadiging van het zaad of kans op kinderen met een ernstige aangeboren afwijking;
- het invriezen en opslaan van het semen vindt plaats in een ziekenhuis of instelling waarmee Zorg en Zekerheid daartoe afspraken heeft gemaakt;
- u dient voorafgaand toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben verkregen.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-SURE AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
100%, tot maximaal € 460,00

#### 9.6 Korting op medisch specialistische zorg die niet is gedekt volgens het basispakket

Speciaal voor aanvullend verzekerden heeft Zorg en Zekerheid bij een aantal medisch specialistische centra (zelfstandige behandelcentra en ziekenhuizen) kortingen bedongen voor medisch specialistische zorg die niet is verzekerd volgens het basispakket.

Welke behandelingen komen in aanmerking voor de korting?

- refractiechirurgie/ooglaserbehandeling;
- ooglidcorrecties;
- flapoorcorrecties;
- buikwandcorrecties.

Als u wilt weten om welke medisch specialistische centra het gaat en welke kortingsafspraken wij met deze centra hebben gemaakt, dan kunt u kijken op onze website:

[www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl) of bellen naar ons Contact Center: (071) 5 825 825.

#### 9.7 Bijdrage bij medisch specialistische zorg die niet is gedekt volgens het basispakket

Naast de korting onder 9.6 kunt u in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten bij flapoorcorrecties en ooglidcorrecties.

##### 9.7.1 Flapoorcorrecties

Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten voor flapoorcorrecties bij verzekerden jonger dan 12 jaar.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

##### 9.7.2 Ooglidcorrecties

Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten voor ooglidcorrecties onder de volgende voorwaarden:

- het betreft correctie van de bovenste oogleden;
- Zorg en Zekerheid moet vooraf goedkeuring hebben gegeven;
- aan de goedkeuring kunnen specifieke voorwaarden worden gesteld;
- er dient sprake te zijn van een aantoonbare ernstige lichamelijke functiebeperking (aangevoeld door middel van een foto van het betreffende ooglid met een meetlint ernaast), één en ander ter beoordeling (mogelijk op het spreekuur) van de medisch adviseur.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

De vergoeding is voor beide oogleden tezamen.

## Artikel 10 Paramedische behandelingen

### 10.1 Fysiotherapie

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

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut of (in het geval van oedeemtherapie) door een gecontracteerd huidtherapeut;
- de therapie moet medisch noodzakelijk zijn;
- een chronische indicatie dient te worden vastgesteld door uw behandelend arts of medisch specialist;
- welke behandelingen worden aangemerkt als een chronische indicatie is omschreven in de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal indicaties in deze ministeriële regeling is sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode. Dit staat in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Uw behandelend arts, medisch specialist of fysiotherapeut kan u hierover informeren. U vindt ook nadere informatie op onze website [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl) of u kunt bellen met ons Contact Center: (071) 5 825 825;
- per dag komt maximaal één zitting voor vergoeding in aanmerking tenzij voor meerdere zittingen op één dag medische noodzaak bestaat en deze zittingen verantwoord zijn gespreid;
- 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.

#### 10.1.1 Fysiotherapie door een gecontracteerde fysiotherapeut

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie, voor zowel chronische als niet-chronische indicaties, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens het basispakket, per verzekerde, per kalenderjaar. Hiertoe behoren ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, huid-/oedeemtherapie, psychosomatische en geriatrische fysiotherapie.

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

De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut met wie Zorg en Zekerheid een overeenkomst voor vergoeding van fysiotherapie vanuit de aanvullende verzekering heeft afgesloten. U vindt de gegevens van deze gecontracteerde fysiotherapeuten op onze website [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl) of u kunt ze opvragen via ons Contact Center, telefoon (071) 5 825 825 of bij onze verzekeringswinkels.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-SURE	AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Maximaal 9 behandelingen	Maximaal 12 behandelingen	Alle medisch noodzakelijke zorg	Alle medisch noodzakelijke zorg

### 10.1.2 Fysiotherapie door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie, voor zowel chronische als niet-chronische indicaties, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens het basispakket, per verzekerde, per kalenderjaar. Hiertoe behoren ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, huid-/oedeemtherapie, psychosomatische en geriatrische fysiotherapie.

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

- heeft u een AV-Top, AV-GeZZin of AV-Plus dan is vanaf de 19de zitting toestemming van Zorg en Zekerheid nodig;
- heeft u een AV-Totaal dan is vanaf de 24ste behandeling toestemming van Zorg en Zekerheid nodig.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-SURE	AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Maximaal 9 behandelingen	Maximaal 12 behandelingen	Alle medisch noodzakelijke zorg*	Alle medisch noodzakelijke zorg**

\* vanaf de 19de zitting heeft u goedkeuring nodig van Zorg en Zekerheid.

\*\* vanaf de 24ste zitting heeft u goedkeuring nodig van Zorg en Zekerheid.

Per fysiotherapeutische behandeling wordt maximaal € 23,00 vergoed. Als onderdeel van de genoemde aantallen gelden ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, huid-/oedeemtherapie en psychosomatische fysiotherapie.

#### Manuele therapie

Als onderdeel van de in artikel 10.1.2 aangegeven aantallen behandelingen per aanvullend pakket worden zo nodig maximaal 9 behandelingen manuele therapie vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling.

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

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

#### Kinderfysiotherapie

De behandelingen kinderfysiotherapie worden vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling. Er is alleen sprake van kinderfysiotherapie bij specifieke aandoeningen, namelijk: longaandoeningen, reumatische aandoeningen, neurologische aandoeningen en een beperkt aantal orthopedische aandoeningen.

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

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

#### Huid-/Oedeemtherapie door een fysiotherapeut of gecontracteerde huidtherapeut

Als sprake is van aandoeningen aan het lymfatisch -of veneuze stelsel worden de behandelingen (lymf-)oedeemtherapie vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling.

- Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om voor vergoeding in aanmerking te komen?*
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Oedeemtherapie van het Centraal Kwaliteitsregister of door een huidtherapeut die is gecontracteerd door Zorg en Zekerheid;
  - voor behandeling door een huidtherapeut moet er een gerichte verwijzing van een behandelend arts zijn voor oedeemtherapie door een huidtherapeut.

#### Psychosomatische en geriatrische fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met psychisch disfunctioneren of geriatrische problematiek, kan er een behandelindicatie zijn voor psychosomatische fysiotherapie of geriatrische fysiotherapie. Deze behandelingen worden vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling.

- Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om voor vergoeding in aanmerking te komen?*
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is opgenomen in het deelregister Psychosomatische fysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister;
  - de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is opgenomen in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten (KNGF).
  - er dient sprake te zijn van matig tot zwaar gecompliceerde psychische herstelbelemmerende 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).

#### 10.2 Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar

*Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?*

In aanmerking komen de kosten van Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar, voor zowel chronische als niet-chronische indicaties, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens het basispakket, per verzekerde, per kalenderjaar.

- Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om voor vergoeding in aanmerking te komen?*
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut Mensendieck respectievelijk een oefentherapeut Cesar;
  - de behandeling moet worden uitgevoerd door een therapeut met wie Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft gesloten;
  - de therapie moet medisch noodzakelijk zijn;
  - een chronische indicatie dient te worden vastgesteld door uw behandelend arts of medisch specialist;
  - welke behandelingen worden aangemerkt als een chronische indicatie is omschreven in de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal indicaties in deze ministeriële regeling is sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode. Dit staat in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Uw behandelend arts, medisch specialist of oefentherapeut kan u hierover informeren. U vindt ook nadere informatie op onze website [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl) of u kunt bellen met ons Contact Center: (071) 5 825 825.

*Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?*

AV-Basis AV-SURE	AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Maximaal 9 behandelingen	Maximaal 12 behandelingen	Maximaal 18 behandelingen	Maximaal 24 behandelingen

- 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 tezamen;
- indien geen tarief is afgesproken vergoeden wij maximaal € 23,00 per behandeling.

#### 10.3 Dieetadvisering en voedingsvoorlichting

*Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?*

In aanmerking komen de kosten van dieetadvisering en/of voedingsvoorlichting door een diëtist per verzekerde, per kalenderjaar.

*Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?*

AV-Basis AV-SURE AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75%, tot maximaal € 105,00	75%, tot maximaal € 115,00	100%, tot maximaal € 150,00

#### 10.4 Ergotherapie

*Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?*

In aanmerking komen per verzekerde, per kalenderjaar, de kosten van ergotherapeutische advisering, instructie, training of behandeling, in aansluiting op de vergoeding vanuit het basispakket.

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

- de ergotherapie moet zijn voorgeschreven door uw huisarts of medisch specialist;
- 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.

*Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?*

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

#### 10.5 Podologie/podo(posturale) therapie

*Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?*

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

*Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?*

AV-Basis	AV-SURE	AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
50%, tot maximaal € 50,00	Geen vergoeding	50%, tot maximaal € 50,00	75%, tot maximaal € 100,00	100%, tot maximaal € 125,00

#### 10.6 Stottertherapie

*Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?*

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

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

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



Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-SURE AV-Standaard	AV-Top	AV-GeZZin	AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75%, tot maximaal € 350,00	100%, tot maximaal € 400,00	Geen vergoeding	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](http://www.zorgenzekerheid.nl).

### 11.1 GeZZond Check

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten van de GeZZond Check éénmaal per twee kalenderjaren.

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

De GeZZond Check moet worden uitgevoerd door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde organisatie of zorgverlener.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-SURE, AV-Standaard, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
100%, éénmaal per 2 kalenderjaren

### 11.2 Preventieve cursussen

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten van een of meerdere preventieve cursussen per verzekerde, per kalenderjaar.

Vergoeding is mogelijk voor de volgende cursussen:

- afvallen bij overgewicht;
- stoppen met roken;
- leren omgaan met ...;
- alcoholtraining;
- ADHD trainingen (kosten voor deze cursus worden alleen vanuit de AV-GeZZin vergoed);
- EHBO cursus of AED training;
- EHBO bij kinderen;
- Sonja Bakker (1 cursus per jaar);
- Gordon opvoedcursus (kosten voor deze cursus worden alleen vanuit de AV-GeZZin vergoed).

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

De vergoeding geldt voor één of meerdere gevolgde cursussen tezamen.

### 11.3 Medisch verantwoord bewegen

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

- medisch verantwoorde trainingsprogramma's;
- de cursus Meer Bewegen voor Ouderen (MBVO).

Niet in aanmerking komen de kosten van programma's die zich richten op conditieverbetering of het algemeen welbevinden. Eén en ander ter beoordeling van de medisch adviseur.

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

- de instelling dient in geval van medisch verantwoorde trainingsprogramma's vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid, een lijst vindt u op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl);
- de cursus dient in groepsverband plaats te vinden;
- de cursus Meer Bewegen voor Ouderen (MBVO) dient verzorgd te worden door een lokale welzijnsorganisatie (zie hiervoor de begripsomschrijving bij Meer Bewegen voor Ouderen);
- op de nota dient duidelijk te worden aangegeven om welke cursus het gaat.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 11.4 Overgangsconsulente

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten van een overgangsconsulente voor vrouwelijke verzekerden, per kalenderjaar.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 11.5 Sport Medisch Advies

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

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

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

## Artikel 12 Psychologische zorg

### 12.1 Eerstelijns psychologische zorg

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten voor eerstelijns psychologische zorg per verzekerde, per kalenderjaar.

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

- er moet een verwijzing zijn van een behandelend arts;
- de eerstelijns psychologische behandeling moet worden uitgevoerd door een gecontracteerde eerstelijns psycholoog;
- de eerstelijns psychologische behandelingen dienen te volgen op de acht zittingen eerstelijns psychologische zorg vanuit het basispakket.

Niet voor vergoeding in aanmerking komen:

De kosten van de eigen bijdrage van de acht zittingen eerstelijns psychologische zorg vanuit het basispakket.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-SURE	AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	2 zittingen	Geen vergoeding	3 zittingen	7 zittingen

De eigen bijdrage blijft voor uw rekening.

### 12.2 Seksuologische zorg en overige psychologische hulp

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen kosten voor seksuologische zorg, per verzekerde, per kalenderjaar. Tevens komen in aanmerking de kosten van behandelingen door het Helen Dowling Instituut, een Simonton therapeut, Kanjertrainingen en de training Herstel en Balans per verzekerde, per kalenderjaar. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar die beschikken over een AV-GeZZin, kunnen de kosten van behandelingen voor integratieve kindtherapie voor vergoeding in aanmerking komen. Deze behandelingen dienen te worden uitgevoerd door een therapeut die voldoet aan de eisen van de Vereniging van IntegraalTherapeuten (VIT). Voor verzekerden die beschikken over een AV-GeZZin kunnen de kosten voor de Nanny training, remedial teaching en de behandeling van dyslexie voor vergoeding in aanmerking komen.

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

- de behandeling seksuologische zorg kan worden uitgevoerd door een arts die beschikt over de aantekening seksuoloog;
- er moet een verwijzing zijn van een behandelend arts;
- de behandeling voor integratieve kindtherapie moet worden uitgevoerd door een therapeut die voldoet aan de voorwaarden zoals zijn gesteld door de VIT 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).

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

### 12.3 Lichttherapie

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten van een Bright Light (lichttherapie voor seizoensdepressie) voor een periode van maximaal 10 dagen.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-SURE, AV-Standaard, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
Voor een periode van maximaal 10 dagen tot een maximum van € 7,00 per dag

## Artikel 13 Tandheelkundige hulp

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

Kosten van een tandheelkundige behandeling worden alleen vergoed als deze volgens Zorg en Zekerheid doelmatig en gebruikelijk zijn en de behandeling niet onnodig kostbaar of ingewikkeld is. Zorg in de aanvullende verzekering is een aanvulling op de basisverzekering. Daarom kan zorg uit het basispakket 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 C, artikelen 8.f en 9.

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of orthodontist, tenzij anders vermeld. Parodontologische-, preventie- en mondhygiënebehandelingen mogen ook worden uitgevoerd door een vrijgevestigd mondhygiënist.

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

Niet vergoed worden:

- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet tijdig afgemelde afspraken;
- meer dan 2 röntgenfoto's per verzekerde per kalenderjaar;
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 13.3;
- bleken van elementen (met uitzondering van de codes E90 (inwendig bleken, eerste zitting) en E95 (inwendig bleken, elke volgende zitting) vanuit de AV-Totaal).

### 13.1.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden tot 22 jaar

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

De kosten voor tandheelkundige hulp.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-SURE AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75%, tot maximaal € 150,00	75%, tot maximaal € 460,00	85%, tot maximaal € 1.000,00

### 13.1.2 Orthodontie aan verzekerden tot 22 jaar

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

De kosten voor orthodontische behandeling.

Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om voor vergoeding in aanmerking te komen?  
De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts. De vergoeding is éénmalig voor de hele behandelduur. (Let op: nota's moeten uiterlijk voor 31 december van het tweede jaar volgend op het jaar van behandeling worden ingediend, zie ook Rubriek C, artikel 4.1, lid e en volgende).

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

Vergoedingen orthodontie tot 18 jaar

AV-Basis AV-SURE AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 2.000,00	Geen vergoeding	100%

Vergoedingen orthodontie vanaf 18 jaar

Kosten voor orthodontie worden vanaf 18 jaar vergoed volgens de voorwaarden zoals omschreven in 13.2.2.

13.2 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 22 jaar

13.2.1 Controle, röntgendiagnostiek en mondhygiëne

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten voor tandheelkundige behandelingen met betrekking tot controle, röntgendiagnostiek en mondhygiëne. Het betreft hier de consulten (C-codes), de mondhygiëne (M-codes of afgesproken tarieven met vrijgevestigde mondhygiënist) of röntgenfoto's (X-codes).

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-SURE AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 150,00	100%, tot maximaal € 460,00	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

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

Naast de kosten genoemd onder artikel 13.2.1, kan per verzekerde, per kalenderjaar in aanmerking komen voor vergoeding de kosten van:

- overige benodigde tandheelkundige en/of orthodontische behandeling;
- de eigen bijdrage in de kosten van de volledige gebitsprothese in onder- en bovenkaak;
- de eigen bijdrage van € 125,00 per kaak van een volledige gebitsprothese op implantaten voor boven- en/of onderkaak.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-SURE AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75%, tot maximaal € 150,00	75%, tot maximaal € 460,00	85%, tot maximaal € 1.000,00

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

13.3 Implantaten in een betande kaak

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten van een implantaat in een kaak met gebitselementen.

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

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-SURE AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 750,00

13.4 Ongevalsdekking tandheelkunde

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

In aanmerking komen de kosten van tandheelkundige hulp die nodig is ten gevolge van een ongeval.

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

- het tandheelkundig letsel is ontstaan door een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering;
- het ongeval dient binnen 30 dagen bij Zorg en Zekerheid te worden gemeld;
- de kosten zijn een direct gevolg van het ongeval;
- de behandeling vindt plaats door een daartoe bevoegde zorgverlener.

Niet voor vergoeding in aanmerking komen:

De kosten voor ongevalgerelateerde tandheelkundige hulp vanaf twee jaar na het ongeval.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-SURE AV-Standaard 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

Artikel 14 Overige

14.1 Bezoekkosten opgenomen gezinslid

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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.

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

- 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.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

- de vergoeding wordt berekend op basis van de kortst gebruikelijke afstand en op basis van de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse;
- als u gebruik maakt van de (rolstoel)taxi dan wordt de vergoeding verleend op basis van de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse;
- als u reist met eigen vervoer dan geldt een vergoeding van € 0,28 per kilometer. De enkele reisafstand wordt verminderd met 20 kilometer (40 kilometer retour), waarvan de kosten voor eigen rekening blijven;
- de vergoeding kan voor maximaal één bezoek per dag worden toegekend.

#### 14.2 Contributie patiëntenvereniging

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

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

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

#### 14.3 Vergoeding Eigen Bijdrage zittend ziekenvervoer

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

Als u volgens het basispakket recht hebt op zittend ziekenvervoer, dan bent u een eigen bijdrage van maximaal € 89,00 per kalenderjaar verschuldigd. Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten van uw eigen bijdrage, per kalenderjaar.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-SURE AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 89,00	Geen vergoeding

#### 14.4 Vergoeding Eigen Bijdrage Thuiszorg

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

Als u gebruik maakt van thuiszorg, dan kunt u te maken krijgen met een eigen bijdrage. Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten van de eigen bijdrage, per kalenderjaar.

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

- u hebt een indicatie voor thuiszorg;
- de thuiszorg moet worden verleend door een erkende thuiszorgorganisatie;
- uitgesloten zijn verzekerden met een Persoonsgebonden Budget.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

#### 14.5 Lidmaatschap thuiszorgorganisaties

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

De contributie voor een thuiszorgorganisatie.

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

De thuiszorgorganisatie moet verbonden zijn aan een erkende thuiszorgorganisatie.

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

#### 14.6 Lidmaatschap sportvereniging

Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

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

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

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

Op welke vergoeding heeft u recht volgens uw aanvullende verzekering?

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

# Rubriek C.

## Verzekeringsvoorwaarden van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.

### 2.1 Aanvraag

De aanvraag voor de verzekering dient schriftelijk, op een door het Bestuur vast te stellen wijze, 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 verzekering AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top of AV-Totaal kunnen worden ingeschreven:
  - Personen woonachtig in Nederland of een ander EUR/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-SURE kunnen alleen worden ingeschreven personen van 18 tot en met 30 jaar die voldoen aan één van de voorwaarden als bedoeld in het eerste lid onder a, b of c;
- Als verzekerden voor de aanvullende verzekering AV-GeZZin kunnen alleen worden ingeschreven personen die voldoen aan één van de voorwaarden als bedoeld in het eerste lid onder a, b of c en waarbij de aanvullende verzekering AV-GeZZin wordt afgesloten voor minimaal één ouder en één thuiswonend kind. Ook verzekerden die zwanger zijn kunnen met hun partner tot de AV-GeZZin toetreden;
- 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 het eerste lid onder a, b of c.

### 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,

## 1. Algemeen

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

## 2. Aanmelding

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 verzekering-nemer 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 van toepassing;
- Verstrekte persoonsgegevens zullen indien dit gewenst is vanuit persoonlijke bescherming niet verstrekt worden aan specifieke derden;
- Zorg en Zekerheid kan uw gegevens, met uitzondering van medische gegevens, verstrekken aan Zorg en Zekerheid Assurantiebemiddeling B.V. om u te informeren over andere activiteiten. Als u geen prijs stelt op informatie over andere activiteiten dan kunt u dit schriftelijk melden bij Zorg en Zekerheid.
- Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgaanbieders omtrent uw verzekeringsstatus, indien u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid.

## 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/baby's, wijzigingen bij verzekerden die 18 jaar worden en verzekerden die uit een collectiviteit komen;
- Indien Zorg en Zekerheid voor het afhandelen van de aanvraag voor de verzekering nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de eerste van de maand volgend op die waarin de benodigde informatie bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen;
- Indien u geen aanvullende verzekering heeft en/of naar een hogere of lagere aanvullende verzekering wenst te gaan (m.u.v. het genoemde onder 3.1.a) gaat de verzekering niet eerder in dan per 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar.

### 3.2 Termijn

- De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld;
- Indien de verzekering ingaat op een andere datum dan 1 januari, wordt de verzekering afgesloten voor de resterende duur van het lopende kalenderjaar;
- Na afloop van de op het polisblad omschreven periode wordt de verzekering stilzwijgend met 1 kalenderjaar verlengd.

### 3.3 Beëindiging

- De verzekering eindigt:
  - na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer vóór 1 januari enig jaar schriftelijk en aangetekend heeft opgezegd;
  - op het tijdstip waarop de verzekerde niet langer zijn vaste woonplaats heeft in Nederland of een ander EUR/EER-land;
  - bij overlijden van verzekeringnemer of verzekerde;
  - bij opzegging door de verzekerde wegens wijziging van de verzekeringsvoorwaarden,

verzekeringsspakket en/of de premie, zoals bedoeld in 7.1 en wel op de wijze als in 7.3 is bepaald;

- in het geval dat er sprake is van een AV-GeZZin: per 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving als bedoeld in artikel 2.2 lid 3.

b. De verzekering kan door Zorg en Zekerheid worden beëindigd:

- door middel van schriftelijke opzegging en met ingang van een door Zorg en Zekerheid te bepalen tijdstip in geval van:
  1. Onjuiste opgave of verzwijging als bedoeld in 2.5;
  2. Schorsing als bedoeld in 6.1.g onder 1;
  3. (Poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdrijven door de verzekeringnemer/ 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 Fraudevervalbeding

a. Als de verzekeringnemer/verzekerde aanspraak wil maken op vergoedingen en/of verstrekkingen en daarbij feiten/omstandigheden verzwijgt en/of valse opgaven verstrekt met de opzet Zorg en Zekerheid te misleiden, dan heeft hij/zij geen recht op vergoeding van de kosten;

b. Indien sprake is van fraude, als bedoeld onder a, heeft het verval van recht op vergoeding van de kosten betrekking op de volledig ingediende aanspraak voor vergoedingen en/of verstrekkingen en daarmee ook voor de onderdelen van de ingediende aanspraak waarbij geen feiten en omstandigheden zijn verzwegen of geen onware opgaven zijn gedaan;

c. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van fraude, als bedoeld onder lid a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;

d. Zorg en Zekerheid voert materiële controle en fraudeonderzoeken uit conform hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringwet is bepaald.

## 4. Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde

### 4.1 Verplichtingen

a. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die in vloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid worden meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:

- adreswijziging;
- huwelijk, aangaan van een samenlevingsverband;
- geboorte en overlijden;
- aanvang detentie en einde detentie;
- wijziging bank- of gironummer.

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

h. 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;

i. 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;

j. 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;

k. In geval van detentie wordt de dekking van de aanvullende verzekering voor de desbetreffende verzekerde opgeschort voor de duur van de periode 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.

### 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 zoals aangegeven in de polisvoorwaarden;

c. De inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van verstrekking en/of vergoedingen worden door het Bestuur vastgesteld, gehoord de Ledenraad. De verstrekkingen en/of vergoedingen worden via de polisvoorwaarden bekend gemaakt aan de verzekeringnemer/verzekerde op een door het Bestuur te bepalen wijze.

### 5.2 Pakketkeuze

a. De verzekeringnemer/verzekerde kan kiezen voor verschillende aanvullende verzekeringen. Het is niet mogelijk om gelijktijdig voor meer dan één pakket te zijn verzekerd;

b. Kinderen volgen het meest uitgebreide pakket van de ouders indien en zover deze beschikken over een verzekering van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.;

c. Met inachtneming van hetgeen is bepaald onder b, en gelet op de leeftijdsgrens uit artikel 2.2 lid 3, worden kinderen waarvan beide ouders over een aanvullende verzekering AV-SURE beschikken, verzekerd conform de AV-Standaard;

- d. Met inachtneming van hetgeen is bepaald onder b, en gelet op de leeftijdsgrens uit artikel 2.2 lid 3, worden kinderen waarvan beide ouders over een aanvullende verzekering AV-Plus beschikken, verzekerd conform de AV-Top;
- e. 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 aan Zorg en Zekerheid kenbaar maken. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend;
- f. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een uitgebreidere dekking moet de verzekeringnemer/verzekerde dit voor 1 januari kenbaar maken aan Zorg en Zekerheid. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend.

## 6. Premie

### 6.1 Premiebetaling

- a. Premie is verschuldigd voor elke verzekerde. Het bedrag wordt vastgesteld door het Bestuur, gehoord de Ledenraad;
  - b. Verzekerden jonger dan 18 jaar zijn geen premie verschuldigd indien één van de ouders ook een aanvullende verzekering heeft afgesloten bij Zorg en Zekerheid. Indien geen van de ouders een aanvullende verzekering heeft afgesloten dan is de verzekerde jonger dan 18 jaar premieplichtig conform artikel 6.1 onder a;
  - c. De premie is, per door het Bestuur te bepalen tijdvak, bij vooruitbetaling verschuldigd en moet op een door het Bestuur te bepalen wijze worden betaald;
  - d. Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan de premie te verrekenen met de door Zorg en Zekerheid te verlenen uitkeringen;
  - e. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht tot tijdige premiebetaling en kan zich, onder meer bij ingebrekestelling wegens het niet betalen van de premie op de vervaldag, nimmer beroepen op het feit dat de premie niet tijdig is geïnd;
  - f. De verplichting tot premiebetaling gaat in op de ingangsdatum en eindigt op de datum van beëindiging van de verzekering. Bij ingang of beëindiging van de verzekering op een andere dag dan de eerste dag van de maand, wordt de premie berekend alsof de verzekering was ingegaan of beëindigd op de eerste dag van de maand volgend op de dag van ingang of einde van de verzekering;
- g. 1. Indien de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie kan Zorg en Zekerheid schriftelijk aanmanen tot een betaling binnen 30 dagen. Bij het niet voldoen binnen deze termijn wordt de dekking geschorst vanaf de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer/verzekerde blijft verplicht de premie te voldoen. Zorg en Zekerheid kan de verzekering beëindigen en/of de premieschuld verrekenen met de door Zorg en Zekerheid te verlenen uitkeringen ten laste van deze verzekering;
  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. Voor de kosten waartoe de noodzaak of de verwachting om deze te maken zich heeft geopenbaard in de tijd dat de dekking van de verzekering was geschorst in verband met premieachterstand, is Zorg en Zekerheid geen vergoeding verschuldigd;
- 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 Premiehoogte AV-SURE

- a. Met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 6.1 onder a wordt voor de AV-SURE een premie voor verzekerden van 18 tot 22 jaar en een premie voor verzekerden van 22 tot 31 jaar vastgesteld;
- b. De premie voor de AV-SURE voor verzekerden van 22 jaar en ouder wordt verschuldigd per eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 22 jaar heeft bereikt.

### 6.3 Assurantiebelasting

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

## 7. Wijziging van de premie en/of voorwaarden

### 7.1 Wijziging

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

### 7.2 Kennisgeving wijziging

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

### 7.3 Recht van opzegging

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

### 7.4 Voortzetting verzekering

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

### 7.5 Geen recht van opzegging

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

- a. Bij een herziening van de voorwaarden en/of premie, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de Zorgverzekeringwet of AWBZ aanspraak bestaat;
- b. Bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking;
- c. Voor de AV-SURE: bij het bereiken van de leeftijdsgrens van 22 jaar als bedoeld in artikel 6.2.

### 7.6 Bereiken van een leeftijdsgrens AV-SURE of AV-GeZZin

- a. Zorg en Zekerheid informeert de verzekeringnemer/verzekerde die beschikt over een AV-SURE tenminste vier weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 22 jaar bereikt over de leeftijdsgebonden premiewijziging;
- b. Zorg en Zekerheid benadert de verzekeringnemer/verzekerde die beschikt over een AV-SURE tenminste vier weken voor het eind van het kalenderjaar waarin de verzekerde de leeftijd van 31 jaar bereikt met de vraag voor welke aanvullende verzekering wordt gekozen in voortzetting op de AV-SURE. Wanneer de verzekeringnemer/verzekerde niet schriftelijk binnen de in de mededeling genoemde termijn zijn keuze voor de opvolgende aanvullende verzekering bekend maakt, wordt de aanvullende verzekering per 1 januari van het volgend kalenderjaar voortgezet op basis van de AV-Standaard;

c. Zorg en Zekerheid benadert de verzekeringnemer/verzekerde die niet meer voldoet aan de voorwaarde voor de AV-GeZZin (zie Rubriek C, artikel 2.2 lid 3) en die beschikt over een AV-GeZZin tenminste vier weken voor het eind van het kalenderjaar waarin het jongste mee-verzekerde kind de leeftijd van 18 jaar bereikt en er niet meer thuiswonende kinderen zijn met een AV-GeZZin, met de vraag voor welke aanvullende verzekering wordt gekozen in voortzetting op de AV-GeZZin. Wanneer de verzekeringnemer/verzekerde niet schriftelijk binnen de in de mededeling genoemde termijn zijn keuze voor de opvolgende Aanvullende verzekering bekend maakt, wordt de aanvullende verzekering per 1 januari van het volgende kalenderjaar voortgezet op basis van de AV-Plus.

## 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 gedeponeerd 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.terrorismeverzekerd.nl](http://www.terrorismeverzekerd.nl) en [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl). Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via het telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels;
- d. 1. Indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
2. De uitsluiting in 8.d onder 1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten de kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979225);
3. Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt hetgeen is bepaald in 8.d onder 2 geen toepassing;
- f. Indien en voor zover u daarop aanspraken heeft ingevolge de Zorgverzekeringswet polisvoorwaarden van uw zorgverzekering of de AWBZ;
- g. Indien de kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in Rubriek B 3.

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

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

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

**Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen**  
**t.a.v. de Ombudsman Zorgverzekeringen**  
**Postbus 291**  
**3700 AV ZEIST**

## 11. Slotbepaling

In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur. Aldus door de Ledenraad vastgesteld op 27 augustus 2008 met ingang van 1 januari 2009.



## Rubriek D. Waar kunt u terecht voor 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 onze website [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl) vindt u veel informatie.

### Hoe krijgt u uw nota vergoed?

- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen kosten op basis van de originele nota's, of computer-nota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener;
- schrijf uw relatienummer/Burger Service Nummer op de originele nota en maak een kopie voor uw eigen administratie;
- stuur de originele nota's in een ongefrankeerde envelop aan

### Zorg en Zekerheid

t.a.v. de Afdeling Declaraties

Antwoordnummer 12030

2300 VC LEIDEN

- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het kalenderjaar volgend op het derde jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming te vragen; welke dat zijn kunt u terugvinden in dit boekje onder rubriek B. Omvang dekking.

### Eén bankrekeningnummer

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

### Declareren van nota's buitenland

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](http://www.zorgenzekerheid.nl) of verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid. De originele nota kunt u samen met het declaratieformulier gratis opsturen naar:

### Zorg en Zekerheid

Afdeling Declaraties Buitenland

Antwoordnummer 12030

2300 VC LEIDEN





Zorg en Zekerheid

Postbus 400

2300 AK Leiden

Telefoon: (071) 5 825 **825**