

Zorg en Zekerheid

ZIEKENFONDS & PARTICULIER

2005

**Aanvullende
verzekeringen**

Polisvoorwaarden

Aanvullende verzekeringen

Polisvoorwaarden

2005

Inhoudsopgave

<i>Rubriek A. Begripsomschrijvingen</i>	5
---	---

<i>Rubriek B. Omvang dekking</i>	12
----------------------------------	----

1. Tandheelkundige hulp	12
2. Paramedische behandelingen	15
3. Psychologische zorg	19
4. Farmaceutische hulp	19
5. Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen	20
6. Brillenglazen, contactlenzen en brilmontuur	20
7. Hulpmiddelen	21
8. Geboortezorg	23
9. Medisch specialistische hulp	24
10. Herstel en verblijf	26
11. Huidtherapie	28
12. Buitenland	30
13. Preventie	34
14. Overige	36

<i>Rubriek C. Verzekeringsvoorwaarden</i>	38
---	----

4

1. Algemeen	38
2. Aanmelding	38
3. Aanvang en beëindiging van de verzekering	39
4. Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde	40
5. Dekking	41
6. Premie	42
7. Wijziging van de premie en/of voorwaarden	43
8. Uitsluitingen	44
9. Dubbele dekking	45
10. Geschillen	45
11. Slotbepaling	45

<i>Rubriek D. Waar kunt u terecht voor informatie?</i>	46
--	----

Rubriek A. Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Acupuncturist

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

Antroposofisch therapeut

Een antroposofisch therapeut moet voldoen aan één van onderstaande voorwaarden:

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

5

Apotheker

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

Arts

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

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Bestuur

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Chiropractor

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

Diëtist

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

Drogisterijmiddel

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

Eigen bijdrage

Bijdrage in aanvulling op vergoeding vanuit de hoofdverzekering, die verzekerde zelf verschuldigd is voor verstrekkingen.

Ergotherapeut

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

6

Fleboloog/proctoloog

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

Fysiotherapeut

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

Gezin

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

Gezinslid

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

Gezondheidszorgpsycholoog

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

Haptotherapeut

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

Herstellingsoorden

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

Hoofdverzekering

De (Studenten) Standaard Pakket Polis van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a. of de Ziekenfondsverzekering van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Hospice

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

Huidtherapeut

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

7

Huisarts

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

Hulpmiddelen

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

Kaakchirurg

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

Kind

Ongehuwd eigen, adoptief- of pleegkind tot 18 jaar.

Aanvullende verzekeringen

(Klassiek) homeopaat

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

Kraamcentrum

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende instelling.

Kraamzorg

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

Manueel geneeskundige

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

Manueel therapeut

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

Medisch adviseur

8 De arts die Zorg en Zekerheid in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch noodzakelijke repatriëring

Repatriëring is het medisch noodzakelijke ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar een ziekenhuis, revalidatie-instelling of verpleeghuis in Nederland, voor zover sprake is van verblijf in het buitenland als bedoeld in artikel 12.3 onder c.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Natuurgeneeskundige

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

Oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar

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

Ongeval

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

Orthodontie

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

Orthodontist

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

Orthomoleculair geneeskundige

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

Osteopaat

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

Overgangsconsulent(e)

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

Partner

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

Persoonsregistratie

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

Podotherapeut

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

Podoposturale therapeut

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

Podoloog

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

Psychotherapeut

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

Schoonheidsspecialist

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

Shiatsu-therapeut

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

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 kan worden aangemerkt.

Standaard kraampakket

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

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Tandtechnicus

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

U / de verzekerde / de medeverzekerde

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

Uitgebreid kraampakket

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

Verloskundige

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

Verzekering

De door de verzekeringsovereenkomst geregelde rechtsverhouding.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

Verzekeringsjaar

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

Verzekeringsovereenkomst

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

Wachttijd

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

Wet BIG

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

11

Wij / ons / Zorg en Zekerheid

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.

Zelfzorgmiddelen

Zie Drogisterijmiddelen.

Ziekenhuis

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

Zorghotel

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

Rubriek B. Omvang dekking

Deze lijst bevat de verstrekkingen c.q. vergoedingen waar u, als verzekerde, recht op heeft. De lijst geldt met ingang van 1 januari 2005. De vergoeding voor de medische kosten van de AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal zijn gebaseerd op het door of namens ons met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als er geen tarief is overeengekomen, vergoeden wij de medische kosten op basis van het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) vastgestelde rechtsgeldige tarief.

De ledenraad heeft hiertoe besloten op 6 oktober 2004. De verzekeringsvoorwaarden en deze lijst tezamen vormen de Algemene Voorwaarden van uw aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid.

1. Tandheeskundige hulp

Algemene bepaling:

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

1.1. *Tandheeskundige hulp aan verzekerden tot 18 jaar*

12

Wij vergoeden de gemaakte kosten voor tandheeskundige hulp per verzekerde, per kalenderjaar, aanvullend op de vergoeding uit de hoofdverzekering:

AV-Basis: valt buiten de vergoedingsregeling;

AV-Standaard: 75% tot een maximum van € 150,00;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 460,00;

AV-Totaal: 85% tot een maximum van € 1.000,00.

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

De behandeling moet worden uitgevoerd door:

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

Uitsluitingen:

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

- implantologie en implantaten en de daarbij behorende onderdelen;
- tandheeskundige gezondheidsverklaringen;

- niet tijdig afgemelde afspraken;
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat door een kaakchirurg, tenzij in deze polisvoorwaarden anders is bepaald;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- partiële en/of frameprothesen vervaardigd door een tandprotheticus;
- bleken van elementen (met uitzondering van de codes E90 en E95 vanuit de AV-Totaal);
- mondbeschermers (codes M60 en M65).

1.1.1. Orthodontie aan verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden per verzekerde de gemaakte kosten van orthodontische behandeling bij een orthodontist of een tandarts.

AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 1.400,00;

AV-Totaal: 85% tot een maximum van € 2.000,00.

Deze vergoeding is éénmalig voor de gehele behandelduur. Vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik wordt niet vergoed.

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

1.2 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

13

Wij vergoeden de gemaakte kosten per verzekerde per kalenderjaar van:

- de benodigde tandheelkundige hulp;
- orthodontistische behandelingen;
- de eigen bijdrage in de kosten van een volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, indien vanuit de hoofdverzekering recht op vergoeding van deze volledige gebitsprothese bestaat;
- de eigen bijdrage van € 90,00 per kaak in de kosten van een volledige gebitsprothese op implantaten voor boven- en/of onderkaak, indien vanuit de hoofdverzekering recht op vergoeding van deze volledige gebitsprothese bestaat.

AV-Basis: valt buiten de vergoedingsregeling;

AV-Standaard: 75% tot een maximum van € 150,00;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 460,00;

AV-Totaal: 85% tot een maximum van € 1.000,00.

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

Voorwaarde voor vergoeding:

De behandeling moet worden uitgevoerd door:

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

Uitsluitingen:

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

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

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- het tweede en volgende periodiek preventief onderzoek in hetzelfde kalenderjaar (code C12);
- implantologie en implantaten en de daarbij behorende onderdelen (m.u.v. bepaling 1.3);
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet tijdig afgemelde afspraken;
- parodontale chirurgie door een kaakchirurg;
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat door een kaakchirurg, tenzij in deze polisvoorwaarden anders is bepaald;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- partiële en/of frameprothesen vervaardigd door een tandprotheticus;
- bleken van elementen (met uitzondering van de codes E90 en E95 vanuit de AV-Totaal);
- mondbeschermers (codes M60 en M65).

14

1.3 *Implantaten in een betande kaak*

Wij vergoeden per verzekerde, per kalenderjaar de kosten van een implantaat in een kaak met tanden.

AV-Basis , AV-Standaard en AV-Top: vallen buiten de vergoedingsregeling;

AV-Totaal: 85% tot een maximum van € 500,00.

Voorwaarde voor vergoeding:

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

1.4 Ongevalsekking tandheelkunde

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige hulp, ontstaan ten gevolge van een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering.

AV-Basis: valt buiten de vergoedingsregeling;

AV-Standaard en AV-Top: maximaal € 950,00 per gebeurtenis;

AV-Totaal: maximaal € 1.100,00 per gebeurtenis.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- het tandheelkundig letsel is ontstaan door een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering;
- het ongeval moet binnen 30 dagen bij Zorg en Zekerheid worden gemeld;
- de kosten vloeien direct voort uit het ongeval;
- de dekking van de kosten is beperkt tot twee kalenderjaren na het ongeval;
- de behandeling vindt plaats door een tandarts, kaakchirurg of orthodontist.

2. Paramedische behandelingen

2.1 Fysiotherapie

Algemene voorwaarden voor vergoeding:

15

- a. De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- b. De therapie moet medisch noodzakelijk zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist zijn voorgeschreven;
- c. Een chronische indicatie moet onder de “Regeling Fysiotherapie en Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar” vallen, zoals is vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Voor een aantal indicaties in deze regeling is er sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode;
- d. Het maximaal aantal behandelingen zoals is aangegeven per aanvullend pakket geldt voor fysiotherapie als bedoeld in 2.1.1 en 2.1.2 tezamen;
- e. Bij een chronische indicatie dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid.

2.1.1 Fysiotherapie door niet-gecontracteerde fysiotherapeut

Wij vergoeden voor fysiotherapie, voor zowel chronische- als niet-chronische indicaties, voor zover er geen recht op vergoeding vanuit de hoofdverzekering bestaat, per verzekerde, per kalenderjaar:

AV-Basis: de kosten voor maximaal 9 behandelingen met een maximum van € 20,00 per behandeling;

AV-Standaard: de kosten voor maximaal 12 behandelingen met een maximum van € 20,00 per behandeling;

AV-Top: de kosten voor alle medisch noodzakelijke behandelingen met een maximum van € 20,00 per behandeling;

AV-Totaal: de kosten voor alle medisch noodzakelijke behandelingen met een maximum van € 20,00 per behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding:

- in de AV-Top dient de verzekerde vanaf de 19^e behandeling toestemming te hebben en voor de AV-Totaal dient de verzekerde vanaf de 25^e behandeling toestemming te hebben. Zorg en Zekerheid kan bij de toestemming nadere voorwaarden stellen.

Manuele therapie:

Als onderdeel van de onder 2.1.1 beschreven aanspraken, kunnen maximaal 9 behandelingen manuele therapie vergoed worden tegen een tarief van maximaal € 30,00 per behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

16

Kinderfysiotherapie:

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

Voorwaarden voor vergoeding:

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

Oedeemtherapie door een fysiotherapeut:

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

Voorwaarden voor vergoeding:

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

2.1.2 Fysiotherapie door gecontracteerde fysiotherapeut

Wij vergoeden voor fysiotherapie, voor zowel chronische- als niet-chronische indicaties, voor zover er geen recht op vergoeding vanuit de hoofdverzekering bestaat, per verzekerde, per kalenderjaar:

AV-Basis: 100% van de kosten voor maximaal 9 behandelingen;

AV-Standaard: 100% van de kosten voor maximaal 12 behandelingen;

AV-Top: 100% van de kosten voor alle medisch noodzakelijke zorg;

AV-Totaal: 100% van de kosten voor alle medisch noodzakelijke zorg.

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

Voorwaarde voor vergoeding:

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut waarmee Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft afgesloten voor vergoeding van fysiotherapie vanuit de Aanvullende Verzekering. Op de website www.zorgenzekerheid.nl kunt u vinden welke fysiotherapeuten een dergelijke overeenkomst hebben afgesloten met Zorg en Zekerheid. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

2.2 Oefentherapie Mensendieck / Oefentherapie Cesar

Wij vergoeden voor Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar in totaal, voor zowel chronische- als niet-chronische indicaties, voor zover er geen recht op vergoeding vanuit de hoofdverzekering bestaat, per verzekerde, per kalenderjaar tezamen:

AV-Basis: maximaal 9 behandelingen;

AV-Standaard: maximaal 12 behandelingen;

AV-Top: maximaal 18 behandelingen;

AV-Totaal: maximaal 24 behandelingen.

Voorwaarden voor vergoeding:

De kosten van de hiervoor genoemde behandelingen worden vergoed conform het officiële CTG-tarief en met inachtneming van het volgende:

- a. De behandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut Mensendieck respectievelijk een oefentherapeut Cesar;
- b. De therapie moet medisch noodzakelijk zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist zijn voorgeschreven;
- c. Vergoeding is uitsluitend mogelijk indien de behandeling wordt uitgevoerd door een therapeut waarmee Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft gesloten;
- d. Een chronische indicatie moet onder de “Regeling Fysiotherapie en Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar” vallen, zoals is vastgesteld

door Zorgverzekeraars Nederland. Voor een aantal indicaties in deze regeling is er sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode;

- e. Bij een chronische indicatie dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid.

2.3 *Dieetadvisering en voedingsvoorlichting*

Wij vergoeden de kosten van dieetadvisering en/of voedingsvoorlichting door een diëtist per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 105,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 115,00.

2.4 *Ergotherapie*

Wij vergoeden per verzekerde, per kalenderjaar de kosten van:

AV-Basis, AV-Standaard en AV-Top: vallen buiten de vergoedingsregeling;

AV-Totaal: ergotherapeutische advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 uren, in aansluiting op de vergoeding uit uw hoofdverzekering en op voorschrift van huisarts of medisch specialist, te verlenen door een ergotherapeut in een behandelruimte of op het huisadres van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

2.5 *Podologie/podo (posturale) therapie*

Wij vergoeden per verzekerde, per kalenderjaar de kosten van behandelingen/consulten door een podoloog, podokinesioloog, podo-orthesioloog, podotherapeut voor:

AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 50,00;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 100,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 125,00.

2.6 *Stottertherapie*

Wij vergoeden per verzekerde, per kalenderjaar de kosten voor stottertherapie voor:

AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 350,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum € 400,00.

Voorwaarde voor vergoeding:

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

3. Psychologische zorg

Wij vergoeden de kosten van psychologische zorg per verzekerde, per kalenderjaar voor:

AV-Basis en AV-Standaard: valt buiten de vergoedingsregeling;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 320,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 500,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

4. Farmaceutische hulp

4.1 Anticonceptiva

Wij vergoeden voor vrouwelijke verzekerden vanaf 21 jaar de kosten van anticonceptiva, hieronder te verstaan: de farmaceutische hulp ten behoeve van anticonceptionele doeleinden (zie ook Rubriek B 7.5).

19

AV-Basis: valt buiten de vergoedingsregeling

AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal: 100%

Voorwaarden voor vergoeding:

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

5. Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van consulten, behandelingen en geneesmiddelen per verzekerde, per kalenderjaar:

AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 250,00;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 460,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 600,00.

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

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

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

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

6. Brillenglazen, contactlenzen en brilmontuur

Wij vergoeden de kosten van brillenglazen, contactlenzen en brilmontuur, per verzekerde, per 24 maanden.

AV-Basis en AV-Standaard: tot een maximum van € 40,00;

AV-Top: tot een maximum van € 70,00;

AV-Totaal: tot een maximum van € 150,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de 24 maanden termijn gaat in op de dag van de eerste verstrekking;
- er moet een sterkte vanaf 2.25 dioptrieën gelden, ook als er alleen een montuur wordt gedeclareerd;
- de maximale vergoeding geldt voor de kosten van glazen, lenzen en brilmontuur tezamen.

7. Hulpmiddelen

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

7.1 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

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

AV-Basis en AV-Standaard:

- voor een prothese-bh inclusief plakstrips behorend bij een borstprothese 50% tot een maximum van € 35,00;
- voor een pruik maximaal € 70,00;
- voor een hoortoestel maximaal € 70,00;
- voor steunzolen / podotherapeutische zolen 50% tot een maximum van € 35,00.

AV-Top:

- voor een prothese-bh inclusief plakstrips behorend bij een borstprothese 75% tot een maximum van € 70,00;
- voor een pruik maximaal € 140,00;
- voor een hoortoestel maximaal € 140,00;
- voor steunzolen / podotherapeutische zolen 75% tot een maximum van € 70,00.

21

AV-Totaal:

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

Voorwaarde voor vergoeding:

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

Geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- nazorgcontract, onderhoudsmiddelen, reinigungsset of vervangingsgarantie bij hoortoestellen.

7.2 *Plaswekker*

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal: wij vergoeden éénmalig gedurende de looptijd van de verzekering per verzekerde de aanschaf- of huurkosten van een plaswekker voor 100% tot een maximum van € 85,00.

Voorwaarde voor vergoeding:

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

7.3 *Hulpmiddelen bij thuisverpleging*

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal: wij vergoeden éénmalig gedurende de looptijd van de verzekering per verzekerde 75% van de aanschafkosten voor de volgende hulpmiddelen:

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

22

Voorwaarde voor vergoeding:

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

7.4 *Hulpmiddelen bij verpleging*

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal: wij vergoeden de huurkosten:

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

Voorwaarde voor vergoeding:

- de uitleentermijn van de thuiszorgorganisatie is verstreken.

7.5 *Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden*

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

AV-Basis: valt buiten de vergoedingsregeling;

AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal: 100%.

Voorwaarde voor vergoeding:

- het hulpmiddel moet door uw behandelend arts zijn voorgeschreven.

8. **Geboortezorg**

Vrouwelijke verzekerden kunnen aanspraak maken op in dit hoofdstuk vermelde vergoedingen of verstrekkingen.

8.1 *Kraampakket*

Wij verzorgen:

AV-Basis en AV-Standaard: een standaard kraampakket (zie begripsomschrijving);

AV-Top en AV-Totaal: een uitgebreid kraampakket (zie begripsomschrijving).

23

Voorwaarde voor deze verstrekking:

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

8.2 *Vergoeding van de eigen bijdrage voor verloskundige hulp of kraamzorg*

Wij vergoeden per bevalling de kosten van uw eigen bijdrage tot:

AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling;

AV-Top: maximaal € 100,00;

AV-Totaal: maximaal € 250,00.

Voorwaarde voor vergoeding:

- de eigen bijdrage heeft betrekking op kosten van de poliklinische bevalling zonder medische indicatie, of kosten van het kraamcentrum.

8.3 Vergoeding verlengde kraamzorg

AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling;
AV-Top en AV-Totaal: wij vergoeden voor de verzekerde de kosten van verlengde kraamzorg, maximaal 4 uur per dag voor 4 aaneengesloten dagen.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

8.4 Vergoeding uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden:

AV-Basis, AV-Standaard en AV-Top: vallen buiten de vergoedingsregeling;
AV-Totaal: uitgestelde kraamzorg voor maximaal 16 uur, indien sprake is van een vacuüm/tangverlossing, keizersnede, couveusekind of meerling en er bestaat geen aanspraak meer op reguliere en verlengde kraamzorg, aansluitend op het ontslag uit het ziekenhuis.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

9. Medisch Specialistische hulp

9.1 Flebologie/proctologie

Wij vergoeden flebologische behandelingen (consult, verbandmiddelen, injecties) per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 75,00;
AV-Top: 75% tot een maximum van € 100,00;
AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 150,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

- alleen kosten van behandeling van aderlijke aandoeningen (bijvoorbeeld spataderen, "open been", aambeien) worden vergoed;

- op verwijzing van de huisarts/specialist;
- behandeling wordt gegeven door arts- fleboloog of arts fleboloog-proctoloog, individueel of in groepsverband in een polikliniek of in een centrum voor flebologie.

9.2 *Besnijdenis zonder medische indicatie bij jongens*

Wij vergoeden éénmalig de kosten van besnijdenis zonder medische indicatie uitgevoerd door een (huis)arts in Nederland bij een mannelijke verzekerde tot 18 jaar.

AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 115,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 150,00.

9.3 *Sterilisatie*

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie per verzekerde, per kalenderjaar:

AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling

AV-Top:

Sterilisatie voor mannen:

- wij vergoeden 100% van de kosten voor sterilisatie tot een maximum van € 150,00 indien de behandeling door een huisarts wordt uitgevoerd;
- wij vergoeden 75% van de kosten voor sterilisatie tot een maximum van € 150,00 indien de behandeling in een ziekenhuis door een medisch specialist wordt uitgevoerd.

Sterilisatie voor vrouwen:

- wij vergoeden 75% van de kosten voor sterilisatie tot een maximum van € 350,00 indien de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.

AV-Totaal:

Sterilisatie voor mannen:

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

Sterilisatie voor vrouwen:

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

10. Herstel en verblijf

10.1 *Herstellingsoorden*

Wij vergoeden de kosten voor verblijf in een herstellingsoord in Nederland per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis en AV-Standaard: tot maximaal € 35,00 per dag met een maximum van € 1.050,00;

AV-Top en AV-Totaal: tot maximaal € 50,00 per dag met een maximum van € 1.500,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

Of

10.2 *Hospice*

Wij vergoeden de kosten voor verblijf in een hospice in Nederland per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis en AV-Standaard: tot maximaal € 35,00 per dag met een maximum van € 1.050,00;

AV-Top en AV-Totaal: tot maximaal € 50,00 per dag met een maximum van € 1.500,00.

Voorwaarde voor vergoeding:

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

Of

10.3 *Zorghotel*

Wij vergoeden de kosten voor verblijf in een zorghotel in Nederland per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis en AV-Standaard: tot maximaal € 35,00 per dag met een maximum van € 1.050,00;

AV-Top en AV-Totaal: tot maximaal € 50,00 per dag met een maximum van € 1.500,00.

Voorwaarde voor vergoeding:

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

10.4 Kuurreizen

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

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal: tot een maximum van € 1.050,00;

Voorwaarden voor vergoeding:

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

10.5 Logeerhuis

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

AV-Basis, AV-Standaard en AV-Top: tot een maximum van € 15,00 per dag;

AV-Totaal: tot een maximum van € 20,00 per dag.

27

Voorwaarde voor vergoeding:

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

10.6 Therapeutisch kamp voor jongeren

Wij vergoeden de kosten van verblijf en behandeling per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 350,00;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 350,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 350,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

10.7 Vervangende mantelzorg

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

AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling;
AV-Top en AV-Totaal: tot een maximum van 6 weken;

Voorwaarden voor vergoeding:

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

11. Huidtherapie

11.1 Acnebehandeling

Wij vergoeden de kosten van de behandeling van acne per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling;
AV-Top: 75% tot een maximum van € 200,00;
AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 250,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

11.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden voor camouflagetherapie de kosten van de behandeling, de instructielessen alsmede de cosmetische producten per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 115,00;
AV-Top: 75% tot een maximum van € 115,00;
AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 150,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

11.3 Dermatografie (= medische tatoeage)

Wij vergoeden de kosten van dermatografie volgend op een medische behandeling per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 200,00;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 200,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 250,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

11.4 Epilatie en / of laserontharing

Voor de vrouwelijke verzekerde vergoeden wij éénmalig voor de gehele duur van de verzekering de kosten van epilatie of laserontharing.

AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 550,00;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 1.100,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 1.500,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

29

11.5 Oedeemtherapie door een huidtherapeut

Wij vergoeden de kosten van oedeemtherapie per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 345,00;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 460,00;

AV-Totaal: 100% tot maximaal € 900,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

11.6 UV-B lichttherapie

Wij vergoeden de kosten van UV-B lichttherapie per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 350,00;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 500,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 750,00.

voor:

- poliklinische (dag) behandeling door een huidarts;

Of

- aanschaf of huur van UV-B lichtapparatuur voor thuisgebruik.

Voorwaarden voor vergoeding:

- u lijdt aan vitiligo of aan psoriasis die niet gunstig reageert op de algemeen gebruikelijke therapieën;
- de behandeling is voorgeschreven door de behandelend arts;
- bij de eerste nota dient een gemotiveerde medische onderbouwing van de behandeling te worden mee gezonden.

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

30

11.7 Voetverzorging voor diabetici

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging voor diabetici per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis, AV-Standaard en AV-Top: vallen buiten de vergoedingsregeling;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 210,00.

Voorwaarde voor vergoeding:

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

12. Buitenland

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

AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 100,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum € 150,00.

Wij vergoeden, conform de geldende GGD-lijst, de kosten van tabletten/injectie(s)/

consulten en het vaccinatieboekje wegens een voorgenomen verblijf of tijdens verblijf in het buitenland voor:

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

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor:

- muggencrème en -olie;
- laboratoriumonderzoeken.

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

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top 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 opgenomen is met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (0031 70 314 14 14) of eventueel per telegram, e-mail (alarmcentrale@anwb.nl), telex of fax (0031 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 meegestuurd wordt;
- de vakantie- of zakenreis samen en aaneengesloten niet langer dan drie maanden duurt. Onder vakantiereizen worden ook dag- en weekendtrips gerekend;
- de stage- of studieperiode samen en aaneengesloten niet langer dan drie maanden duurt en er, na overlegging van een stage- of studieverklaring en een IBG-verklaring, door Zorg en Zekerheid toestemming is verleend.

31

12.3 Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal:

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

a. Geneeskundige kosten

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal:

Wij vergoeden de kosten van:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- (plaatselijk) medisch noodzakelijk ambulancevervoer van de verblijfplaats in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, arts of specialist en weer terug naar de reguliere verblijfplaats in het buitenland;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi, eigen- en openbaar vervoer. Maakt u gebruik van eigen vervoer, dan vergoedt Zorg en Zekerheid € 0,18 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie en/of zakenreis;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland;
- een vooraf gemachtigde en getarifeerde nierdialyse.

b. Tandheelkundige kosten

AV-Basis: valt buiten de vergoedingsregeling;

AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal: wij vergoeden de kosten van tandheelkundige noodhulp op basis van kostprijs tot een maximum van € 345,00 per vakantie en/of zakenreis, per verzekerde. De kosten van kronen en brugwerk worden niet vergoed.

c. Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal:

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarde voor vergoeding:

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

Uitsluiting:

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

d. De kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal:

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

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

12.4 Overwinteraars

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal:

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

Voorwaarden voor vergoeding:

- a. U overwintert in Frankrijk, Portugal, Griekenland, Italië, Spanje of Turkije;
- b. U verblijft daar langer dan drie maanden in de periode van 1 oktober tot en met 31 maart;
- c. Uw hoofdverzekering loopt door tijdens dat verblijf;
- d. De overige bepalingen uit artikel 12.2, 12.3 en 12.5 blijven onverminderd van kracht.

33

12.5 Uitsluitingen

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal:

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

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

- wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (071) 5 825 266 of buitenland@zorgenzekerheid.nl;
- d. Kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31^{ste} week;
 - e. Kosten die verband houden met tandheelkunde voor verzekerden met een AV-Basis worden niet vergoed.

12.6 *Indienen en vergoeding van nota's Buitenland*

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top 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. De originele nota tezamen met het declaratieformulier kunt u opsturen naar: Zorg en Zekerheid, t.a.v. Team Buitenland, postbus 400, 2300 AK te Leiden;
- b. De originele nota's moeten uiterlijk voor 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij Zorg en Zekerheid zijn ingediend;
- c. De originele nota's moeten zodanig zijn gespecificeerd dat Zorg en Zekerheid er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding zij is gehouden. Computernota's moeten door de zorgverlener gewaarmerkt zijn;
- d. Nota's dienen bij voorkeur in het Frans, Duits of Engels te worden opgesteld. Originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden;
- e. Indien Zorg en Zekerheid het noodzakelijk acht dat de ingediende nota('s) vertaald moet(en) worden, dan kan Zorg en Zekerheid de verzekerde verzoeken om de nota('s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler;
- f. Vertaalkosten, als bedoeld in het voorgaande lid, komen niet voor een vergoeding in aanmerking;
- g. De vergoeding van de gemaakte kosten vindt plaats in Nederland in euro's. Dit met inachtneming van de omrekenkoers conform de richtlijnen van het College voor zorgverzekeringen. Mocht deze koers ontbreken, wordt de omrekenkoers gehanteerd van de dag van behandeling. Tenzij er sprake is van een duidelijke afwijking van de parallelkoers of van het ontbreken van een notering.

34

13. Preventie

Algemene voorwaarden voor vergoedingen:

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

13.1 Preventieve onderzoeken

Wij vergoeden de kosten van de volgende onderzoeken:

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

Voorwaarde voor vergoeding:

- het onderzoek moet worden uitgevoerd door uw huisarts.

13.2 Preventieve cursussen

Wij vergoeden de kosten van het volgen van één of meerdere preventieve cursussen per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 115,00;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 150,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 175,00.

De vergoeding geldt voor één of meerdere cursussen tezamen:

- afvallen bij overgewicht;
- stoppen met roken;
- leren omgaan met ...;
- alcoholtraining;
- EHBO bij Kinderen;
- prenatale zwangerschapsgymnastiek voor vrouwen;

13.3 Verantwoord bewegen

Wij vergoeden de kosten van verantwoord bewegen per verzekerde, per kalenderjaar:

AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 115,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 115,00.

De vergoeding geldt voor één of meerdere cursussen tezamen:

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

13.4 Overgangsconsulente

Wij vergoeden de kosten van een overgangsconsulente per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 115,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 150,00.

13.5 Sport Medisch Advies (SMA)

Consulten en/of keuring

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

AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling;

AV-Top: 75% tot een maximum van € 70,00;

AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 115,00.

14. Overige

36 14.1 Alarmering op sociale indicatie

Wij vergoeden de kosten van de verschuldigde eigen bijdrage voor de huur van een alarmeringssysteem per maand.

AV-Basis en AV-Standaard: tot een maximum van € 3,50;

AV-Top: tot een maximum van € 4,00;

AV-Totaal: tot een maximum van € 5,00.

14.2 Bezoekkosten opgenomen gezinslid

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

AV-Basis, AV-Standaard en AV-Top: tot een maximum van € 250,00;

AV-Totaal: tot een maximum van € 300,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

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

14.3 Zorgbemiddeling

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

Voorwaarde voor bemiddeling:

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

Rubriek C. Verzekeringsvoorwaarden

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

1. Algemeen

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

2. Aanmelding

2.1 Aanvraag

De 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 kunnen worden ingeschreven:

- a. Ziekenfondsverzekerden, die als zodanig ingeschreven staan bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a., gevestigd te Leiden;
- b. Particuliere verzekerden die een (Studenten) Standaard Pakket Polis hebben afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a., gevestigd te Leiden;
- c. Degenen die daartoe bij besluit van het bestuur van Zorg en Zekerheid zijn toegelaten.

2.3 Weigering van aanvraag

Zorg en Zekerheid kan de aanvraag weigeren indien er eerder sprake is geweest van een verzekering en deze is beëindigd omdat de verschuldigde premie niet is voldaan. Tevens kan Zorg en Zekerheid de aanvraag weigeren indien de verzekering eerder is beëindigd in verband met hetgeen is bepaald in 3.3. b bij het eerste streepje onder 1, 2 en 3.

2.4 Aanvaarding van de aanvullende verzekering

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

2.5 Verzwijging

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

2.6 Persoonsregistratie

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

39

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. Het voorgaande geldt niet indien de hoofdverzekering op een latere datum ingaat.

3.2 Termijn

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

3.3 Beëindiging

- a. De verzekering eindigt:
 - na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer schriftelijk en aangetekend 2 maanden voor het einde van de lopende termijn de verzekeringsovereenkomst heeft opgezegd;

- op het tijdstip waarop de verzekerde niet langer zijn vaste woonplaats heeft in Nederland;
- bij overlijden van verzekeringnemer of verzekerde;
- bij opzegging door de verzekerde wegens wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, verzekeringspakket en/of de premie, zoals bedoeld in 7.1 en wel op de wijze als in 7.3 is bepaald;
- 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. f onder 1;
 3. (poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdragingen 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. Er bestaat geen recht op vergoeding van de kosten indien de verzekeringnemer/verzekerde bij het aanspraak maken op vergoedingen en/of verstrekkingen, voor de beoordeling van de aanspraak van belang zijnde feiten en omstandigheden heeft verzwegen en/of valse opgaven heeft verstrekt met opzet Zorg en Zekerheid te misleiden;
- b. Indien sprake is van fraude, als bedoeld onder a, heeft het verval van recht op vergoeding van de kosten betrekking op de volledig ingediende aanspraak voor vergoedingen en/of verstrekkingen en daarmee ook voor de onderdelen van de ingediende aanspraak waarbij geen feiten en omstandigheden zijn verzwegen of geen onware opgaven zijn gedaan;
- c. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van fraude, als bedoeld onder lid a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

4. Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde

4.1 Verplichtingen

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

Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:

 - adreswijziging;
 - huwelijk, aangaan van een samenlevingsverband;
 - geboorte en overlijden;
 - 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 jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Alleen originele nota's, of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Er dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken, volledig ingevulde, sticker en/of declaratieformulier buitenland;
- 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 waardoor Zorg en Zekerheid in haar belangen kan worden geschaad. Wanneer de belangen van Zorg en Zekerheid worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden ook al is reeds tot vergoeding overgegaan.

41

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

4.2 *Vrije keuze*

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

5. **Dekking**

5.1 *Wachttijd*

De verzekeringnemer/verzekerde heeft een wachttijd van 12 maanden voor de tandheelkundige vergoedingen (rubriek B1) en vergoedingen voor geboortezorg (rubriek B8) na ingangsdatum van de verzekering. Voor de verstrekkingen paramedische behandelingen (rubriek B2), psychologische zorg (rubriek B3), alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen (rubriek B6) en brillenglazen, contactlenzen en brilmontuur (rubriek B7) geldt een wachttijd van 6 maanden. Wenst de verzekeringnemer/verzekerde een polis met een uitgebreidere dekking dan is de hiervoor genoemde wachttijd voor de daarbij aangegeven verstrekkingen van toepassing voor het meerdere van de dekking. Indien verzekeringnemer/verzekerde direct voorafgaand aan de ingangsdatum van deze verzekeringsovereenkomst elders een gelijkwaardige aanvullende ziektekostenverzekering had dan is de wachttijd niet van toepassing. Het bestuur kan anders besluiten.

5.2 Dekking gedurende de looptijd

- a. Er bestaat uitsluitend recht op verstrekkingen c.q. vergoeding van kosten die zijn gemaakt gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst. De datum van de behandeling of levering zijn bepalend voor de vaststelling van het recht op vergoeding. Een en ander met inachtneming van hetgeen is bepaald in de artikelen 2.5, 5.1, 6.1f onder 1;
- b. De dekking is beperkt tot de bedragen als aangegeven in de polisvoorwaarden;
- c. De inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van verstrekking en/of vergoedingen worden door het bestuur vastgesteld, gehoord de ledenraad. De verstrekkingen en/of vergoedingen worden via de polisvoorwaarden bekendgemaakt aan de verzekeringnemer/verzekerde op een door het bestuur te bepalen wijze. Het bestuur heeft het recht bepaalde verstrekkingen en/of vergoedingen buiten de wachttijd uit te sluiten of een extra wachttijd in te stellen.

5.3 Pakketkeuze

- a. De verzekeringnemer/verzekerden kunnen kiezen voor verschillende aanvullende verzekeringen. Het is niet mogelijk om gelijktijdig voor meer dan één pakket verzekerd te zijn;
- b. Indien een verzekeringnemer/verzekerde staat ingeschreven als medeverzekerde op grond van de Ziekenfondswet bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. en deze verzekerde is op grond van zijn/haar leeftijd geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering dan volgt deze medeverzekerde de hoofd- of medeverzekerde met het meest uitgebreide pakket;
- c. Indien een verzekerde particulier verzekerd is bij de Onderlinge Waarborg Maatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a. en deze is op grond van zijn/haar leeftijd geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering, dan volgt deze verzekerde het meest uitgebreide pakket dat aanvullend op de onderliggende particuliere ziektekostenverzekering is afgesloten;
- d. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een beperktere dekking dan moet de verzekeringnemer/verzekerde dit voor 1 december van enig jaar schriftelijk aan Zorg en Zekerheid kenbaar maken. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend;
- e. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een uitgebreidere dekking wordt de nieuwe verzekering afgesloten per de eerste van de maand volgend op het verzoek tot wijziging. De voorwaarden uit 5.1 blijven daarbij onverminderd van kracht.

42

6. Premie

6.1 Premiebetaling

- a. Premie is verschuldigd voor elke verzekerde van 18 jaar en ouder. Het bedrag wordt vastgesteld door het bestuur, gehoord de ledenraad;
- b. 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;
- c. Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan de premie te verrekenen

- met de door Zorg en Zekerheid te verlenen uitkeringen;
- d. 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;
 - e. 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;
 - f.
 1. Indien de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie kan Zorg en Zekerheid schriftelijk aanmanen tot een betaling binnen 30 dagen. Bij niet voldoening binnen deze termijn wordt de dekking geschorst vanaf de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer/verzekerde blijft verplicht de premie te voldoen. 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;
 - g. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten zowel in als buiten rechte, voor rekening van de degene die de premie verschuldigd is. De buitengerechtigde kosten worden ten minste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtigde kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd in gebreke is.

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

7.5 Geen recht van opzegging

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

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

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, muiterij;
- 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 12 juni 2003 ter griffie van de Rechtbank Amsterdam gedeponeerd onder nummer 78/2003;
- d. 1. Indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
2. De uitsluiting in 8d.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 8d.2 geen toepassing;
- e. Gedurende de wachttijd als bedoeld in 5.1;
- f. Indien en voor zover u daarop aanspraken heeft ingevolge de Ziekenfondswet, de (Studenten) Standaard Pakket Polis of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- g. Indien de kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in Rubriek B12.

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 subsidie-regeling of – ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten – een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden;
- b. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder de lid a. genoemde verzekeringen en regelingen is verleend of zou zijn verleend, indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan.

10. Geschillen

45

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.

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

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

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

Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 291
3700 AG Zeist

11. Slotbepaling

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

Rubriek D. Waar kunt u terecht voor informatie?

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

Hoe krijgt u uw nota vergoed?

- bewaar alle originele nota's zorgvuldig;
- plak een sticker op uw originele nota en vul uw gegevens hierop in. Bewaar voor uw eigen administratie een kopie;
- dien uw originele nota in bij Zorg en Zekerheid;
- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het kalenderjaar ná het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid.

Voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming aan te vragen. Lees dit boekje met de polisvoorwaarden dus zorgvuldig door.

U kunt uw nota's sturen naar:

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

46

Declareren van nota's buitenland

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

Zorg en Zekerheid
Team Buitenland
Postbus 400
2300 AK LEIDEN

 **Zorg en Zekerheid**

ZIEKENFONDS & PARTICULIER

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