

Zorg en Zekerheid

ZIEKENFONDS & PARTICULIER



2003

**Polisvoorwaarden
AV-Standaard/AV-Top**

Polisvoorwaarden

AV-Standaard/AV-Top

2003

Inhoudsopgave

	Hoe krijgt u uw rekening vergoed?	5
1.	Begripsomschrijvingen	6
2.	Dekking	15
2.1	Tandheelkundige hulp	15
2.2	Alternatieve behandelwijzen	18
2.3	Bevalling	20
2.4	Kraamzorg	20
2.5	Therapieën	21
2.6	Alarmering	26
2.7	Kuren	26
2.8	Hulpmiddelen	29
2.9	Contributie patiëntenvereniging	31
2.10	Bezoekkosten opgenomen kind en/of partner	31
2.11	Logeerhuis	32
2.12	Gezondheids cursussen	32
2.13	Diëtiëk	33
2.14	Brillenglazen en contactlenzen	33
2.15	Besnijdenis bij jongens	33
2.16	Vakantiehulp	34
2.17	Sportmedisch advies	34
2.18	Buitenland, medische kosten	35
3.	Verzekeringsvoorwaarden	40
3.1	Algemeen	40
3.2	Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde	40
3.3	Grondslag van de verzekering	41
3.4	Inschrijving, aanvang en beëindiging van de verzekering	42
3.5	Omvang van de dekking	43
3.6	Beperking van het recht op verstrekking en/of vergoeding	45
3.7	Premiebetaling	45
3.8	Herziening van de premie en/of voorwaarden	46
3.9	Betrokkenheid van derden	47
3.10	Uitsluitingen	48
3.11	Nota's indienen	49
3.12	Nalatigheid	49
3.13	Persoonsregistratie	49
3.14	Dubbele dekking	49
3.15	Geschillen	50
3.16	Slotbepaling	50
4.	Waar kunt u terecht voor informatie?	51

Hoe krijgt u uw rekening vergoed?

Tenzij anders vermeld in de polisvoorwaarden is dit de wijze waarop u vergoeding krijgt uit de aanvullende verzekering:

- de originele nota indienen bij Zorg en Zekerheid;
- deze nota dient uiterlijk voor 31 december van het jaar volgend op het jaar van de behandeling te zijn ingediend;
- met vermelding van uw inschrijfnummer;
- met vermelding van uw bank- of gironummer en tenaamstelling;

U kunt dit sturen naar:

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

of kijk op
www.zorgenzekerheid.nl

Vragen

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

1. Begripsomschrijvingen

(in alfabetische volgorde)

Acupuncturist

Een op HBO-niveau in de gezondheidszorg opgeleide behandelaar die gevestigd is in Nederland en voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria die neergelegd zijn door de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur.

Allopathisch geneesmiddel

Geneesmiddel met een andere stof dan degene die de ziekteverschijnselen veroorzaakt.

Antroposoof

- 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 logopedist en oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut met 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 therapie heeft afgerond.

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.

Bestuur

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

Bijkomende kosten

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

Centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

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 gevestigd 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 op het moment van aflevering.

Eerstelijns psycholoog

Een universitaire opgeleide psycholoog, die als gezondheidspsycholoog geregistreerd is als bedoeld in de wet BIG en beschikt over een eerstelijns kwalificatie. De eerstelijns psycholoog verleent een kortdurende behandeling (minder dan acht zittingen), hanteert geen wachtlijst en heeft een nauwe samenwerking met de huisarts en/of het algemeen maatschappelijk werk.

Eigen bijdrage

Bijdrage in aanvulling op vergoeding vanuit de hoofdverzekering, die verzekerde zelf verschuldigd is voor verstrekkingen zoals genoemd in hoofdstuk 2.8 van de algemene voorwaarden.

Elektrische epilatie

Elektrische epilatie is het met elektrische apparatuur verwijderen van beharing.

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 aangetoond duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren.

Haptotherapeut

Een op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die de aanvullende opleiding bij de academie voor Haptotherapie te Doorn of het Instituut voor Toegepaste Haptonomie in Berg en Dal heeft voltooid en gevestigd is in Nederland.

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.

Homeopathisch geneesmiddel

Geneesmiddel met dezelfde stof als degene die de ziekteverschijnselen veroorzaakt.

Hoofdverzekering

De particuliere ziektekostenverzekering 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 de tijdelijke opvang van terminale patiënten en hun naasten.

Huidtherapeut

Een daartoe op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar, gevestigd in Nederland, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in de wet BIG. De huidtherapeut behandelt patiënten met een zieke of beschadigde huid.

Huisarts

Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.

Hulpmiddelen

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

Voor ziekenfondsverzekerden omvatten hulpmiddelen de medische hulpmiddelen die in de Regeling Hulpmiddelen 1996 in de Ziekenfondswet 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

Ongehuwde eigen, adoptief- of pleegkinderen tot 18 jaar.

Kinderpsycholoog

Een universitair opgeleide psycholoog, die als gezondheidspsycholoog geregistreerd is als bedoeld in de wet BIG en beschikt over de kwalificatie kinderpsycholoog. De kinderpsycholoog verleent een kortdurende behandeling (minder dan acht zittingen), hanteert geen wachtlijst en heeft een nauwe samenwerking met de huisarts en/of het algemeen maatschappelijk werk.

Klassieke homeopaat

Een op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die de aanvullende opleiding bij de School voor Homeopathie of Academie Hippocrates heeft voltooid en gevestigd is in Nederland.

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.

Medisch adviseur

De arts die Zorg en Zekerheid in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch noodzakelijk repatriëring

Repatriëring is het medisch noodzakelijk ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar een Nederlands ziekenhuis, revalidatie-instelling of verpleeghuis, voor zover sprake is van verblijf in het buitenland als bedoeld in paragraaf 2.18.2.

Mondhygiënist

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

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

Ongeval

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

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.

Osteopaat

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

Overgangsconsulent

Een op HBO-niveau opgeleide behandelaar in de gezondheidszorg met een aantekening gynaecologie en die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals die zijn neergelegd door 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.

Prothetische hulp

Hulp geleverd door een tandarts of tandtechnicus betreffende een uitneembare gebitsprothese boven en/of onder.

Schoonheidsspecialist

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

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 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

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/verzekerde

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

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 de verzekeraar is aangegaan.

Verzekeringsjaar

De periode, zoals omschreven op het polisblad en de daaropvolgende twaalf maanden of, na verlenging van de verzekering tot de daaropvolgende aaneengesloten periode van twaalf maanden. Het lopende jaar en het kalenderjaar daaropvolgend, indien de verzekering op een andere datum ingaat dan 1 januari van dat jaar.

Verzekeringsovereenkomst

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

Wachttijd

Periode van 12 maanden na ingangsdatum van de verzekering waarin voor de verzekerde geen recht bestaat op vergoedingen voor tandheelkundige hulp, bevalling en kraamzorg. Voor de overige verstrekkingen c.q. vergoedingen geldt een wachttijd van 6 maanden na ingangsdatum van de verzekering. Indien de verzekerde, voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering, elders een gelijkwaardige aanvullende ziektekostenverzekering had, is de wachttijd niet van toepassing.

Periode van 12 maanden na wijziging van de aanvullende verzekering naar een aanvullende verzekering met een hogere dekking voor het meerdere van de vergoedingen voor tandheelkundige hulp, bevalling en kraamzorg. Voor het meerdere van de overige verstrekkingen c.q. vergoedingen geldt bij wijziging een wachttijd van 6 maanden na de wijziging.

Wet BIG

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. In deze wet worden onder meer opleidingseisen en deskundigheidseisen van verschillende zorgverleners vastgelegd.

Wij/ons/verzekerelaar

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.

Zelfzorgmiddelen

Zie Drogisterijmiddelen.

Ziekenhuis

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

2. Dekking

Lijst van verstrekkingen

Deze lijst bevat de verstrekkingen c.q. vergoedingen waar u, als verzekerde, recht op heeft. De lijst geldt met ingang van 1 januari 2003. De vergoeding voor de medische kosten van de AV-Top en AV-Standaard zijn gebaseerd op het door of namens ons met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen vergoeden wij de medische kosten op basis van het door de Commissie Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde rechtsgeldige tarief.

De ledenraad heeft hiertoe besloten d.d. 9 oktober 2002. De verzekeringsvoorwaarden en deze lijst tezamen vormen de Algemene Voorwaarden van uw aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid.

2.1 Tandheelkundige hulp

2.1.1 Tandheelkunde en orthodontie

U heeft recht op:

AV- Standaard:

een vergoeding van 75% tot een maximum van € 140,- per kalenderjaar.

AV-Top:

een vergoeding van 75% tot een maximum van € 460,- per kalenderjaar.

Deze vergoeding geldt voor de kosten van tandheelkundige hulp door een tandarts, orthodontist (voor de kosten van orthodontie moet de verzekerde 18 jaar of ouder zijn), door het Academisch Tandheelkundig Centrum Amsterdam of door een centrum voor bijzondere tandheelkunde of door een vrijgevestigde mondhygiënist. De aan de behandeling verbonden genormeerde materiaal- en techniekkosten vallen eveneens onder deze vergoeding.

Alleen AV-Top:

- vergoeding van 100% tot een maximum van € 460,- per kalenderjaar voor de kosten van tandheelkundige hulp door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) (voor kosten van orthodontie moet de verzekerde 18 jaar of ouder zijn). De aan de behandeling verbonden genormeerde materiaal- en techniekkosten vallen eveneens onder deze vergoeding.
- vergoeding van 75% tot een maximum van € 1.400,- voor de kosten van orthodontische behandeling bij een orthodontist of een tandarts.

Deze vergoeding is eenmalig voor de gehele behandelduur en geldt alleen voor verzekerden tot en met 17 jaar.

(Let op: nota's dienen uiterlijk 31 december volgend op het behandeljaar te zijn ingediend bij Zorg en Zekerheid)

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- voor behandelingen door de mondhygiënist is een verwijzing van de tandarts vereist door middel van een verwijskaart. Deze verwijskaart dient voor ten minste vijf jaar door Zorg en Zekerheid opvraagbaar te zijn bij de mondhygiënist;
- behandelingen door de vrijgevestigde mondhygiënist worden alleen vergoed indien het DPSI cijfer (de kwalificatienorm voor een behandeling) 3 of hoger is. Dit dient ook op de nota te staan;
- de toestemming voor orthodontie wordt verleend indien er sprake is van een orthodontische afwijking die valt in de IOTN-score (de kwalificatienorm voor een behandeling) van 3, 4 of 5. Dit dient op de nota te staan;
- tandheelkundige en mondhygiënische hulp mogen niet onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of niet doelmatig zijn.

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

- delen van de tandheelkundige en orthodontische of mondhygiënische hulp, die, indien men gesaneerd zou zijn, ten laste van uw hoofdverzekering (bijvoorbeeld de eerste periodieke controle) kunnen worden gebracht;
- implantologie en implantaten en de daarbijbehorende onderdelen;
- onzorgvuldig gebruik bij orthodontie (codes D51, D52, 21301 en 21302);
- tandheelkundige gezondheidsverklaringen, niet tijdig afgemelde afspraken;
- behandeladviezen en kaakchirurgische verrichtingen van niet-specialistische aard, uitgevoerd door een kaakchirurg;
- reparaties, rebasing en vervaardiging van partiële en/of frameprothesen door een tandtechnicus;
- vervaardiging van partiële en/of frameprothesen door een tandprotheticus.

2.1.2 Prothetische hulp

2.1.2.1 Prothetische hulp algemeen

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van 75% van de kosten per uitneembare volledige boven- of onderprothese. Deze vergoeding valt binnen het maximum van € 140,- voor de vergoeding van tandheelkundige hulp.

AV-Top:

een vergoeding van 75% van de kosten per uitneembare volledige boven- of onderprothese. Deze vergoeding valt binnen het maximum van € 460,- voor de vergoeding van tandheelkundige hulp.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de volledige prothese moet gemaakt worden door een tandarts of tandprotheticus;
- er is alleen uitbetaling mogelijk, indien ook uit uw hoofdverzekering recht op vergoeding bestaat.

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

- vervaardiging van een volledige boven- of onderprothese door een tandtechnicus;
- vervaardiging van een noodprothese.

2.1.2.2 Prothetische hulp bij implantaten

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van 75% van de kosten per volledige boven- of onderprothese op implantaten. Deze vergoeding valt binnen het maximum van € 140,- voor de vergoeding van tandheelkundige hulp.

AV-Top:

een vergoeding van 75% van de kosten per volledige boven- of onderprothese op implantaten. Deze vergoeding valt binnen het maximum van € 460,- voor de vergoeding van tandheelkundige hulp.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de volledige prothese moet gemaakt worden door een tandarts;
- er is alleen uitbetaling mogelijk, indien ook uit uw hoofdverzekering recht op vergoeding bestaat.

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

- vervaardiging van een volledige boven- of onderprothese op implantaten door een tandprotheticus of een tandtechnicus.

2.1.3 Ongevalsekking tandheekkunde

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van de kosten voor tandheelkundige hulp, ontstaan ten gevolge van een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering. De maximale vergoeding is € 950,- per gebeurtenis.

AV-Top:

een vergoeding van de kosten voor tandheelkundige hulp, ontstaan ten gevolge van een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering. De maximale vergoeding is € 950,- 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 één maand schriftelijk 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.

2.2 Alternatieve behandelwijzen

2.2.1 Behandelingen/consulten

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van de kosten voor een behandeling/consult van maximaal € 32,- per behandeling/consult tot een maximum van € 160,- per kalenderjaar.

AV-Top:

een vergoeding van de kosten voor een behandeling/consult van maximaal € 32,- per behandeling/consult tot een maximum van € 320,- per kalenderjaar.

Deze vergoeding geldt voor de kosten van de volgende alternatieve behandelwijzen tezamen:

- acupunctuur;
- antroposofie;
- chiropractie;
- haptotherapie;

- homeopathie;
- klassieke homeopathie;
- manuele geneeswijze;
- moermantherapie;
- natuurgeneeswijzen;
- orthomanipulatie;
- orthomoleculaire geneeskunde;
- osteopathie.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de consulten/behandelingen moeten zijn gegeven door een in Nederland tot het uitoefenen van de geneeskunst bevoegde arts. Dit mag niet uw eigen huisarts zijn;
- is de behandelaar een acupuncturist, antroposoof, osteopaat, klassiek homeopaat, haptotherapeut of chiropractor dan hoeft hij/zij geen arts te zijn. Wel moet hij/zij voldoen aan de door Zorg en Zekerheid opgestelde objectieve criteria (zie hoofdstuk 1, Begripsomschrijving).

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

- röntgenfoto(s) aangevraagd door een chiropractor (niet zijnde een arts).

2.2.2. Homeopathische geneesmiddelen

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van 50% tot een maximum van € 70,- per kalenderjaar voor de kosten van homeopathische geneesmiddelen.

AV-Top:

een vergoeding van 75% tot een maximum van € 140,- per kalenderjaar voor de kosten van homeopathische geneesmiddelen.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een behandelend arts;
- de middelen moeten worden afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts in Nederland;
- homeopathische geneesmiddelen voorgeschreven door uw eigen huisarts komen ook voor vergoeding in aanmerking;
- homeopathische geneesmiddelen dienen geregistreerd te zijn bij het College ter beoordeling van Geneesmiddelen.

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

- drogistrijmiddelen (zonder recept verkrijgbaar);
- specialités;
- handverkoop;
- vitaminepreparaten;
- bijbetaling op geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS);
- allopatische (niet homeopathische) geneesmiddelen;
- homeopathische geneesmiddelen die door magistrale bereiding zijn gemaakt.

De apotheker kan u meer informatie geven over de vergoeding van medicijnen in het algemeen.

2.3 Bevalling

2.3.1 Het complete kraampakket

U heeft recht op:

AV- Standaard en AV-Top:
een kraampakket.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de aanvraagkaart (zwangerschapsverklaring van de huisarts, gynaecoloog, verloskundige of inschrijfbewijs voor kraamzorg) dient ten minste drie maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in het bezit van Zorg en Zekerheid te zijn. De aanvraagkaart is ook op te vragen bij Zorg en Zekerheid.

2.4 Kraamzorg

2.4.1 Uw eigen bijdrage in de kosten van de bevalling en kraamzorg

Vrouwelijke verzekerden hebben u recht op:

Alleen AV-Top:
een vergoeding van maximaal € 100,- per bevalling.

Voor de vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

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

2.4.2. Vergoeding verlengde kraamzorg

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

Alleen AV-Top:

een vergoeding van de kosten voor verlengde kraamzorg van maximaal vier uur per dag voor vier aaneengesloten dagen.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- 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 tien dagen.

2.5 Therapieën

2.5.1 Fysiotherapie

U heeft recht op:

AV-Standaard en AV-Top:

een vergoeding van maximaal negen zittingen per indicatie per kalenderjaar.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- er is alleen vergoeding mogelijk in aansluiting op vergoeding uit uw hoofdverzekering;
- de therapie moet verleend worden door een fysiotherapeut;
- de totale therapie moet medisch noodzakelijk zijn en door uw behandelend arts of specialist worden voorgeschreven.

U kunt geen aanspraak maken op vergoeding voor:

- behandelingen manuele therapie tegen het verbijzonderde tarief. Manuele therapie wordt vergoed tegen het reguliere tarief.

2.5.2 Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck

U heeft recht op:

AV-Standaard en AV-Top:

een vergoeding van maximaal negen zittingen per indicatie per kalenderjaar.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- er is alleen vergoeding mogelijk in aansluiting op vergoeding uit uw hoofdverzekering;
- de therapie moet verleend worden door een oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck;
- de totale therapie moet medisch noodzakelijk zijn en door uw behandelend arts of specialist worden voorgeschreven.

2.5.3 Camouflagetherapie/dermatografie

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van 50% tot een maximum van € 115,- per kalenderjaar.

AV-Top:

een vergoeding van 75% tot een maximum van € 115,- per kalenderjaar.

De vergoeding geldt voor de kosten van de behandeling, de instructielessen alsmede de cosmetische producten voor camouflagetherapie/dermatografie.

Deze behandeling bestaat uit het aan het zicht onttrekken van huidafwijkingen of tatoeages in het gelaat en hals. Dit gebeurt door het (laten) op- en inbrengen van cosmetische producten. U kunt de cosmetische producten uiteindelijk zelf leren aanbrengen. Hiervoor krijgt u instructies van de schoonheidsspecialist(e), huidtherapeut of dermatoloog.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- bij de nota dient een medische noodzakelijkheidsverklaring meegezonden te worden van uw behandelend arts/specialist;
- de behandeling dient uitgevoerd te worden door een schoonheidsspecialist(e), huidtherapeut of dermatoloog.

2.5.4 Elektrische epilatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

AV-Standaard:

een eenmalige vergoeding van 75% tot een maximum van € 550,- voor de gehele behandelduur voor de kosten van elektrische epilatie. Behandelingen met epilicht en laser worden ook vergoed.

AV-Top:

een eenmalige vergoeding van 75% tot een maximum van € 1.100,- voor de gehele behandelduur voor de kosten van elektrische epilatie. Behandelingen met epilicht en laser worden ook vergoed.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de beharing moet zich bevinden op plaatsen in het gelaat waar dat naar algemene opvattingen ongebruikelijk is;
- er dient vooraf toestemming te worden verleend door Zorg en Zekerheid;
- 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;
- de behandeling dient uitgevoerd te worden door een schoonheidsspecialist(e) of huidtherapeut.

2.5.5 Voetbehandeling/podotherapie

2.5.5.1 Behandelingen/consulten

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van 50% tot een maximum van € 50,- per kalenderjaar voor de kosten van behandelingen/consulten door een podotherapeut.

AV-Top:

een vergoeding van 75% tot een maximum van € 100,- per kalenderjaar voor de kosten van behandelingen/consulten door een podotherapeut.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- de podotherapeut moet voldoen aan de door Zorg en Zekerheid opgestelde objectieve criteria (zie hoofdstuk 1, begripsomschrijving).

2.5.5.2 Steunzolen/(podo)therapeutische zolen

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van 50% tot een maximum van € 35,- per kalenderjaar.

AV-Top:

een vergoeding van 75% tot een maximum van € 70,- per kalenderjaar.

De vergoeding geldt voor de kosten van het vervaardigen/repareren van steunzolen en/of (podo)therapeutische zolen.

2.5.6 Stottertherapie

U heeft recht op:

Alleen AV-Top:

een vergoeding van 75% tot een maximum van € 350,- per kalenderjaar voor de kosten van stottertherapieën.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- Zorg en Zekerheid kan de Vereniging Demosthenes om advies vragen over de aard van therapie;
- er is alleen vergoeding mogelijk indien er vanuit de hoofdverzekering geen vergoeding mogelijk is.

2.5.7 Psychosociale hulp

U heeft recht op:

Alleen AV-Top:

een vergoeding van 75% tot een maximum van € 320,- per kalenderjaar voor de kosten van psychosociale behandelingen tezamen.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de behandeling dient verricht te zijn door:
 - een erkend eerstelijns psycholoog;
 - een erkend kinderpsycholoog;
 - de Lawrence LeShan Stichting;
 - het Helen Downing Instituut;
 - een overgangsconsulent;
- in alle gevallen alleen op verwijzing van de huisarts.

2.5.8 Behandeling lymfoedeem

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van 50% tot maximaal € 345,- per kalenderjaar voor de kosten van behandeling van (lymfe)drainage.

AV-Top:

een vergoeding van maximaal € 345,- per kalenderjaar voor de kosten van behandeling van (lymfe) drainage.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de behandeling dient plaats te vinden volgens de Feldberg-methode;
- u moet een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar tegelijk met de eerste nota van het betreffende kalenderjaar indienen;
- de behandeling moet worden verricht door een huidtherapeut.

2.5.9 Vliegangstherapie

U heeft recht op:

AV-Standaard en AV-Top:

een eenmalige vergoeding van de door de Stichting Valk geboden vliegangstherapie. Per zitting betaalt u een eigen bijdrage.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- de behandeling kan beginnen zodra Zorg en Zekerheid toestemming heeft gegeven aan de Stichting Valk.

U kunt geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten van een opfriscursus.

2.5.10 Acnebehandeling

U heeft recht op:

Alleen AV-Top:

een vergoeding van 75% tot een maximum van € 200,- per kalenderjaar voor de kosten van de behandeling van acne.

Voor de vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de behandeling moet uitgevoerd worden door een huidtherapeut/schoonheidsspecialist(e);
- bij de eerste nota van het betreffende kalenderjaar dient een medische noodzakelijkheidsverklaring meegezonden te worden van uw behandelend arts/specialist.

2.6 Alarmering

U heeft recht op:

AV-Standaard en AV-Top:

een vergoeding van de kosten van de verschuldigde eigen bijdrage van de huur voor een alarmeringssysteem tot een maximum van € 5,- per maand voor de abonnementskosten.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- u moet vooraf toestemming hebben van de gemeente waarin u woont, of van de Stichting Welzijn Ouderen (SWO) of van de Thuiszorgorganisaties waarmee Zorg en Zekerheid hiervoor een overeenkomst heeft;
- de gemeente, SWO of de Thuiszorgorganisatie geeft het alarmeringssysteem in bruikleen.

2.7 Kuren

2.7.1 Kuurreizen

U heeft recht op:

AV-Standaard en AV-Top:

eenmaal in de twee kalenderjaren een vergoeding van de kosten tot een maximum van € 1.050,- per verzekerde voor een drieweekse kuurreis naar het buitenland. Vergoed worden de reis-, verblijf- en behandelkosten.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- u lijdt aan reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew;
- uw behandelend arts moet vooraf een aanvraag voor toestemming bij Zorg en Zekerheid indienen;
- de kuurreis moet georganiseerd zijn door een organisatie waarmee Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft gesloten;
- u moet bereid zijn een medisch onderzoek te ondergaan.

2.7.2 Psoriasisbehandeling

2.7.2.1 Thuisbehandeling

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een bijdrage in de kosten tot een maximum van € 275,- per verzekerde per kalenderjaar voor de huur van een UV-B-licht voor thuisbehandeling.

AV-Top:

een bijdrage in de kosten tot een maximum van € 410,- per verzekerde per kalenderjaar voor de huur van een uvb-licht voor thuisbehandeling.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- u lijdt aan psoriasis, constitutioneel eczeem of vitiligo;
- PUVA of andere reguliere therapieën blijken niet effectief te zijn;
- u moet een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar tegelijk met de nota indienen.

2.7.2.2 Dagbehandeling

U heeft recht op:

AV-Standaard:

vergoeding van de kosten voor ten hoogste twintig dagbehandelingen per kalenderjaar, tot maximaal € 25,- per behandeling.

AV-Top:

vergoeding van de kosten voor ten hoogste dertig dagbehandelingen per kalenderjaar, tot maximaal € 25,- per behandeling.

De vergoeding geldt voor de behandeling van ernstige en uitgebreide vormen van psoriasis in psoriasis dagbehandelingscentra in Nederland.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- u lijdt aan psoriasis;
- u moet een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar tegelijk met de nota indienen;
- u maakt geen gebruik van behandeling met uvb-licht.

2.7.3 Therapeutisch kamp voor jongeren

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van 50% voor de kosten van verblijf en behandeling tot een maximum van € 350,- per kalenderjaar per verzekerde jongere.

AV-Top:

een vergoeding van 75% voor de kosten van verblijf en behandeling tot een maximum van € 350,- per kalenderjaar per verzekerde jongere.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- u moet jonger zijn dan 18 jaar;
- u lijdt aan een chronische ziekte;
- het therapeutische kamp is in Nederland;
- de organisatie is in handen van een erkende patiëntenorganisatie.

2.7.4 Herstellingsoorden

2.7.4.1 Herstellingsoorden

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van de kosten voor verblijf in een herstellingssoord in Nederland tot een maximum van € 35,- per dag per verzekerde tot een maximum van dertig dagen per kalenderjaar.

AV-Top:

een vergoeding van de kosten voor verblijf in een herstellingssoord in Nederland tot een maximum van € 50,- per dag per verzekerde tot een maximum van dertig dagen per kalenderjaar

óf:

2.7.4.2 Hospices

AV-Standaard:

een vergoeding voor de kosten van verblijf in een hospice in Nederland tot een maximum van € 35,- per dag per verzekerde tot een maximum van dertig dagen per kalenderjaar.

AV-Top:

een vergoeding van de kosten voor verblijf in een hospice in Nederland tot een maximum van € 50,- per dag per verzekerde tot een maximum van dertig dagen per kalenderjaar

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- Verblijf in één van bovengenoemde instellingen gebeurt alleen op verwijzing van de behandelend arts.

2.8 Hulpmiddelen

2.8.1 U heeft recht op:

AV-Standaard:

- vergoeding van 50% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 35,00 voor borstprothese(n) (inclusief bijbehorende plakstrips) of prothese bh;
- vergoeding van 50% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 70,00 per hoortoestel;
- vergoeding van 50% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 70,00 per pruik;
- vergoeding van 50% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 35,00 voor (semi)orthopedisch schoeisel;
- vergoeding van 50% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 25,00 voor elastische kousen.

AV-Top:

- vergoeding van 75% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 70,00 voor borstprothese(n) (inclusief bijbehorende plakstrips) of prothese bh;
- vergoeding van 75% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 140,00 per hoortoestel;
- vergoeding van 75% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 140,00 per pruik;
- vergoeding van 75% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 70,00 voor (semi)orthopedisch schoeisel;
- vergoeding van 75% van de eigen bijdrage tot een maximum van € 50,00 voor elastische kousen.

Deze vergoedingen gelden per kalenderjaar per verzekerde.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- er dient vanuit de hoofdverzekering een recht op vergoeding van het hulpmiddel te zijn.

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

- nazorg of vervangingsgarantie bij hoortoestellen.

2.8.2 Hulpmiddelen bij thuisverpleging

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van 75% voor de aanschafkosten.

AV-Top:

een vergoeding van 75% voor de aanschafkosten.

Deze aanschaf is éénmalig en geldt voor de volgende hulpmiddelen:

- plaswekker;
- slijmzuiger;
- heupondersteuningsbanden;
- aankleedstokje;
- aangepast bestek (en/of mes en/of vork en/of lepel);
- kousen aan- en/of uittrekhelp;
- helping hand;
- leesstandaard;
- heupbeschermers.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

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

2.8.3 Verpleegartikelen

U heeft recht op:

AV-Standaard en AV-Top:

een vergoeding voor de huurkosten tot maximaal 6 maanden van de hierna genoemde hulpmiddelen:

- douchestoel;
- toiletstoel;
- toiletverhoger;
- ondersteek (normaal of slofmodel);
- zitbad;
- haarwasbak;
- plaswekker;
- uitzuigapparatuur;
- stoomketel;
- rollator;
- draaischijf;
- infuusstandaard;
- winding;
- patiëntenlift.

- vergoeding voor de huurkosten gedurende een periode van maximaal drie weken tot een maximum van € 1,- per dag voor een (Medela) elektrische borstkolf;
- vergoeding voor de huurkosten gedurende een periode van maximaal tien dagen tot een maximum van € 7,- per dag voor een (Bright Light) lichttherapie voor seizoensdepressie.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de uitleentermijn van de thuiszorgorganisatie is verstreken;
- de hulpmiddelen moeten betrokken worden van het uitleenmagazijn van een thuiszorgorganisatie of een aan een thuiszorgorganisatie verbonden thuiszorgwinkel.

2.9 Contributie patiëntenvereniging

U heeft recht op:

AV-Standaard en AV-Top:

een éénmalige vergoeding tijdens de gehele verzekeringsduur van de jaarlijkse contributiekosten, die horen bij het lidmaatschap van één categoriale patiëntenvereniging.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- vergoeding vindt plaats aan de hand van een kopie van bewijs van lidmaatschap en een betalingsbewijs, bijvoorbeeld een bankafschrift.

2.10 Bezoekkosten opgenomen kind en/of partner

U heeft recht op:

AV-Standaard en AV-Top:

een tegemoetkoming in de kosten tot een maximum van € 250,- van vervoer van het woonadres naar de instelling en terug, bij opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland, of het astmacentrum in Davos van een aanvullend verzekerd kind of aanvullend verzekerde partner bij Zorg en Zekerheid.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- 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, dan geldt de vergoeding overeenkomstig de belastingvrije kilometervergoeding van € 0,20 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;
- (medeverzekerd) kind en of partner dienen op hetzelfde adres te wonen.

2.11 Logeerhuis

U heeft recht op:

AV-Standaard en AV-Top:

een vergoeding van de verschuldigde eigen bijdrage tot een maximum van € 15,00 per verzekerde per dag of nacht voor verblijf in een aan een ziekenhuis verbonden logeerhuis, bij opname van een aanvullend verzekerd gezinslid bij Zorg en Zekerheid in een ziekenhuis in Nederland.

2.12 Gezondheids cursussen

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van 50% tot een maximum van € 115,- per kalenderjaar.

AV-Top:

een vergoeding van 75% tot een maximum van € 115,- per kalenderjaar.

De vergoeding geldt voor de kosten van het volgen van één of meerdere cursussen tezamen bij (gezondheids)servicebureaus.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- de cursus wordt georganiseerd door een instelling waarmee Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft. Dit zijn de gezondheids servicebureaus, de integrale kankercentra IKA en IKW, het Rijnlands Zeehospitium, de Harttrimclubs die gecertificeerd zijn door de Stichting Hart in Beweging, Reduce en Weight Watchers.

2.13 Diëtiëk

U heeft recht op:

Alleen AV-Top:

een vergoeding van consulten bij een diëtist tot een maximum van € 105,- per kalenderjaar.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- de diëtist moet voldoen aan de door Zorg en Zekerheid opgestelde objectieve criteria (zie hoofdstuk 1, Begripsomschrijving).

2.14 Brillenglazen en contactlenzen

U heeft recht op:

AV-Standaard:

een vergoeding van maximaal € 16,- per glas of lens bij een sterkte vanaf 2,25 dioptrieën.

AV-Top:

een vergoeding van maximaal € 35,- per glas of lens bij een sterkte vanaf 2,25 dioptrieën.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- de vergoeding vindt ten hoogste plaats voor maximaal 2 glazen of lenzen eenmaal in de 24 maanden (de vergoeding in 2001 en 2002 blijft meetellen).

2.15 Besnijdenis bij jongens

U heeft recht op:

Alleen AV-Top:

een vergoeding van 75% van de kosten voor een besnijdenis, tot een maximum van € 115,- per mannelijke verzekerde tot 18 jaar.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de behandeling moet plaatsvinden in Nederland;
- de besnijdenis wordt uitgevoerd door een (huis)arts.

2.16 Vakantiehulp

2.16.1 Vervangende mantelzorg

U heeft recht op:

Alleen AV-Top:

- een vergoeding van de kosten voor vervangende mantelzorg gedurende de periode dat uw mantelverzorger(s) op vakantie gaat of gaan tot een maximum van zes weken per kalenderjaar;
- de vervangende mantelzorg kan uitsluitend geregeld worden door de Stichting Thuisverzorging Gehandicapten;
- u moet vooraf Zorg en Zekerheid om toestemming vragen.

2.17 Sportmedisch advies

2.17.1 Consult of keuring

U heeft recht op:

Alleen AV-Top:

een vergoeding van 75% tot een maximum van € 70,- per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van consulten of keuringen bij:

- sportgeneeskunde gespecialiseerde centra (SMA's, SGA's) of;
- een geregistreerd sportarts of;
- het Rijnlands Zeehospitium.

2.17.2 Verantwoorde bewegingsprogramma's

U heeft recht op:

Alleen AV-Top:

een vergoeding van 75% tot een maximum van € 70,- per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van het bewegingsprogramma FysioSport of het bewegingsprogramma van het Rijnlands Zeehospitium.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- het FysioSportcentrum moet geregistreerd zijn bij de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg;
- de behandelaar is een fysiotherapeut en/of is werkzaam in het Rijnlands Zeehospitium.

2.18 Buitenland, medische kosten

2.18.1 Preventie

U heeft recht op:

Alleen AV-Top:

een vergoeding van 75% tot een maximum van € 100,- per kalenderjaar voor de kosten voor vaccinaties (tabletten/injectie(s)/consulten) wegens voorgenomen verblijf of tijdens verblijf in het buitenland conform de geldende GGD-lijst voor onder andere:

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

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

- vaccinatieboekjes;
- muggen crème en -olie;
- eventuele laboratoriumonderzoeken.

2.18.2 Uw verblijf in het buitenland

U heeft recht op:

AV-Standaard en AV-Top:

een vergoeding voor de onderstaande kosten in alle landen van de wereld, tijdens vakantie- en/of zakenreis (inclusief ski/langlaufsport);

1. Geneeskundige kosten op basis kostprijs:

- geneeskundige hulp door een arts of een specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- plaatselijk medisch noodzakelijk ziekenvervoer van de verblijfplaats in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, arts of specialist en weer terug. Bij een ongeval geldt: van de plaats van het ongeval naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, arts of specialist en weer naar de verblijfplaats in het buitenland;
- medisch noodzakelijk taxi-, eigen en openbaar vervoer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie- en/of zakenreis. Als u gebruik maakt van eigen vervoer, dan vergoedt Zorg en Zekerheid € 0,20 per kilometer tot dit maximum;

- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of specialist in het buitenland (een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/specialist is vereist;
- de kosten van een vooraf gemachtigde en getarifeerde nierdialyse.

2. Tandheeskundige kosten:

Vergoeding voor tandheeskundige noodhulp op basis van kostprijs tot een maximum van € 345,- per vakantie- en/of zakenreis (uitgesloten zijn kronen en brugwerk).

3. De door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale gemaakte kosten in verband met:

- medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland van een zieke, gewonde of overleden verzekerde;
- de toezending van medicijnen, voor zover de douanebepalingen dit toelaten. De medicijnen dienen dringend noodzakelijk te zijn, niet verkrijgbaar in het buitenland en op voorschrift van een arts;
- noodzakelijke begeleiding.

4. De kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale:

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

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

5. Telefoonkosten:

Indien u de ANWB Alarmcentrale moet bellen in verband met ziekenhuisopname en/of meer dan tweemaal een specialistische behandeling, mag u (op vertoon van een telefoonnota) maximaal € 12,- declareren voor de gemaakte telefoonkosten.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

1. De dekking geldt voor een onbeperkt aantal vakantie- en/of zakenreizen. Hierbij geldt dat de reis- en verblijfsduur van een vakantie- en/of zakenreis samen en aaneengesloten niet langer dan drie maanden duurt. Onder vakantie-reizen worden ook dag- en weekendtrips verstaan.
2. De dekking geldt voor een stage- of studieperiode van maximaal 6 maanden. Een aanvraag moet u door middel van een stageverklaring en een IBG-verklaring vooraf bij Zorg en Zekerheid (Team Buitenland) indienen. De hoofdverzekering loopt tijdens uw verblijf in het buitenland door.
3. Bij het vertrek naar het buitenland kan niet worden voorzien dat de genees- en/of tandheeskundige hulp en/of repatriëring nodig zal zijn.
4. De genees- en/of tandheeskundige hulp is dringend medisch noodzakelijk en kan niet worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland.
5. Repatriëring naar Nederland.
6. De kosten van hulpverlening mogen geen verband houden met de vooropgezette bedoeling genees- en/of tandheeskundige hulp in het buitenland te krijgen.
7. Bij ziekenhuisopname, bij langdurige medische behandeling en meer dan tweemaal poliklinische behandeling door een arts of specialist en bij de noodzaak tot repatriëring, bent u verplicht zonder uitstel contact te zoeken met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan per telefoon, telegram, e-mail, telex of fax.
8. 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 opsturen naar:
Zorg en Zekerheid, t.a.v. Team Buitenland, Postbus 400, 2300 AK Leiden.
9. Bij reizen naar Marokko moet u de folder "Medische hulp tijdens uw vakantie" aanvragen.
10. De vergoeding vindt plaats in Nederland en in Nederlandse valuta. Dit met inachtneming van de omrekenkoers conform de richtlijnen van het College van Zorgverzekeringen. Mocht deze koers ontbreken, dan 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.

11. Nota's dienen bij voorkeur in het Frans, Duits of Engels te zijn opgesteld.

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

1. Hulpverlening, die direct of indirect verband houdt met een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munterij. De tekst aangaande de zes genoemde vormen van molest, die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1991 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponerd, is hierbij van toepassing.
2. Hulpverlening die verband houdt met een atoomkernreactie, waarbij het niet uitmaakt hoe deze is ontstaan.
3. Hulpverlening in een land waarvoor een negatief reisadvies geldt van het Ministerie van Buitenlandse Zaken of ANVR.
4. Hulpverlening en geneeskundige en tandheelkundige kosten die voortvloeien uit skispringen, ski-vliegen, ski-jöring, ski-alpinisme, tourskiën, gletscherskiën, gletschertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijs-hockey, 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 het Team Buitenland (071) 5 825 266 (buitenland@zorgenzekerheid.nl).

5. Hulpverlening en geneeskundige en tandheelkundige 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.

6. Hulpverlening die verband houdt met zwangerschap of bevalling na de 31e week.

2.18.3 Overwinteraars

AV-Standaard en AV-Top:

Als u in de winter in het buitenland verblijft, heeft u recht op de vergoedingen zoals gemeld onder het artikel 2.18.2 leden 1 tot en met 5.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- u overwintert in Frankrijk, Portugal, Griekenland, Italië, Spanje en Turkije;
- u verblijft daar langer dan drie maanden in de periode oktober tot en met maart;
- uw hoofdverzekering loopt door tijdens dat verblijf;
- de voorwaarden genoemd onder artikel 2.18.2 punt 3 tot en met 9;
- de uitsluitingen genoemd onder artikel 2.18.2 punt 1 tot en met 6.

3. Verzekeringsvoorwaarden

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

3.1 Algemeen

In deze verzekeringsvoorwaarden worden geregeld:

- het recht op inschrijving;
- de aanvang en het einde van de verzekering;
- de inhoud, omvang en de duur van de verzekering;
- de wijze van verkrijging van de verstrekkingen en/of vergoedingen (in de vorm van verschillende pakketten);
- de hoogte van de premies;
- de wijze van premiebetaling.

Regelingen met betrekking tot de hiervoor 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.

3.2 Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde

- a. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid schriftelijk mededeling te doen van iedere wijziging in de omstandigheden van de verzekerden die voor de verzekering van belang kan zijn, zoals huwelijk, geboorte, overlijden en adreswijziging.
- b. De verzekeringnemer/verzekerde moet erop toezien dat op het polisblad de noodzakelijke wijzigingen zijn aangebracht. Mededelingen door Zorg en Zekerheid verzonden aan het laatstbekende adres van de verzekeringnemer/verzekerde worden geacht hem te hebben bereikt.
- c. Alle gevolgen voortvloeiend uit het niet of niet tijdig nakomen van de onder a en b genoemde verplichtingen, zoals verval van recht op uitkering, zijn voor risico van de verzekeringnemer/verzekerde.

3.3 Grondslag van de verzekering

3.3.1 Aanvraag

Als verzekerde 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. ziekenfondsverzekerden, die als zodanig bij andere zorgverzekeraars staan ingeschreven, onder voorwaarde dat zij zich inschrijven op grond van de Ziekenfondswet bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a., gevestigd te Leiden, zodra beëindiging van deze inschrijving bij de andere zorgverzekeraar mogelijk is. De verzekeringnemer/verzekerde verbindt zich tijdig zorg te dragen voor afmelding bij de andere zorgverzekeraar;
- c. de particuliere verzekerde, die een ziektekostenverzekeringsovereenkomst is aangegaan met de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a., gevestigd te Leiden;
- d. degenen die daartoe bij besluit van het bestuur van Zorg en Zekerheid zijn toegelaten.

3.3.2 Weigering van inschrijving

Zorg en Zekerheid kan de inschrijving weigeren indien degene die inschrijving verzoekt eerder in de verzekering was ingeschreven en die inschrijving is beëindigd omdat de verschuldigde premie niet is voldaan. Tevens kan Zorg en Zekerheid de inschrijving weigeren indien de verzekering eerder is beëindigd in verband met hetgeen bepaald in paragraaf 3.4.4 onder d (punt 1, 2 en 3)

3.3.3 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 mededelingen op het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens in strijd waren met de waarheid of onvolledig waren of omstandigheden worden verzwegen welke van dien aard zijn dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien Zorg en Zekerheid daarvan kennis had genomen. Dit laat onverkort het recht van Zorg en Zekerheid een beroep te doen op nietigheid van de verzekering conform artikel 251 Wetboek van Koophandel. Indien Zorg en Zeker-

heid voor de vaststelling van verzwijging onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op u verhaald.

Zorg en Zekerheid kan de, sinds de ingangsdatum van de verzekering gedane uitkeringen of de kosten van de reeds verleende verstrekkingen, terugvorderen en is niet gehouden de door de verzekerde betaalde premie te restitueren, tenzij de verzekerde te goeder trouw is.

3.3.4 Inlichtingen

Het verzoek tot inschrijving in de verzekering dient schriftelijk, op een door het bestuur vast te stellen wijze, te geschieden. De aanvrager dient eraan mee te werken dat aan Zorg en Zekerheid alle inlichtingen worden verschafte die deze op grond van het schriftelijk verzoek tot inschrijving noodzakelijk acht.

3.4 Inschrijving, aanvang en beëindiging van de verzekering

3.4.1 Ingang verzekering

De verzekering gaat in op de eerste van de maand volgend op die waarin het verzoek tot inschrijving voor de verzekering bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen. Het voorgaande geldt niet indien de hoofdverzekering op een latere datum ingaat.

3.4.2 Termijn

De verzekering is aangegaan:

- voor de duur van minimaal één kalenderjaar;
- indien de verzekering ingaat op een andere datum dan 1 januari wordt de verzekering afgesloten voor het lopend jaar en het kalenderjaar daarop volgend.

3.4.3 Polisblad

De ingeschreven verzekerden ontvangen een polisblad, dat geldt als bewijs van de tussen hen en Zorg en Zekerheid gesloten verzekeringsovereenkomst. Aan het polisblad kunnen slechts rechten worden ontleend gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst en voor zover het recht op vergoeding of verstrekking niet is beperkt.

3.4.4 Beëindiging

De verzekering eindigt:

- a. tegen het einde van de verzekeringsovereenkomst, per aangetekend schrijven met inachtneming van een opzegtermijn van 2 maanden (dat betekent voor 1 november van enig jaar, de verzekering eindigt dan met ingang met 1 januari daarop volgend);
- b. op het tijdstip waarop de verzekerde ophoudt in Nederland woonachtig te zijn;
- c. bij overlijden van de verzekeringnemer of de verzekerde;
- d. door schriftelijke opzegging door de verzekeraar op een door de verzekerde te bepalen tijdstip in geval van:
 1. verzwijging of onjuiste opgave als bedoeld in paragraaf 3.3.3;
 2. schorsing als bedoeld in paragraaf 3.7, f, 1;
 3. bedrog;
 4. liquidatie van de verzekeraar;
- e. als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving als bedoeld paragraaf 3.3.1, lid c;
- f. 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;
- g. door opzegging door de verzekerde wegens wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, het verzekeringspakket en/of de premie, zoals bedoeld in paragraaf 3.8.1 en wel op de wijze als in paragraaf 3.8.3 is bepaald.

3.5 Omvang van de dekking

3.5.1 Wachtijd

De verzekeringnemer/verzekerde heeft een wachtijd van 12 maanden voor de tandheelkundige verstrekkingen, bevalling en de kraamzorg, na ingangsdatum van de verzekering. Voor de overige verstrekkingen geldt een wachtijd van 6 maanden. Het bestuur kan anders besluiten. Wenst de verzekeringnemer/verzekerde een verzekeringspakket met een hogere dekking, dan geldt voor het meerdere van de verstrekkingen een wachtijd van 6 maanden en voor de tand-

heelkundige verstrekkingen, bevalling en kraamzorg een wachttijd van twaalf maanden. Indien verzekeringnemer/verzekerde, voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering, elders een gelijkwaardige aanvullende ziektekostenverzekering had, is de wachttijd niet van toepassing.

3.5.2 Looptijd

De op het verzekeringsbewijs genoemde verzekerden hebben recht op verstrekkingen c.q. vergoeding van kosten die zijn gemaakt gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst en ten hoogste tot de bedragen als aangegeven in de polisvoorwaarden danwel aanvullingen hierop, behoudens hetgeen elders in deze verzekeringsvoorwaarden is bepaald.

3.5.3 Inhoud, omvang, duur

De inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van verstrekking en/of vergoedingen worden door het bestuur vastgesteld, gehoord door de ledenraad. De verstrekkingen en/of vergoedingen worden via de polisvoorwaarden bekendgemaakt aan de verzekeringnemer/verzekerde op een door het bestuur te bepalen wijze. Het bestuur heeft het recht bepaalde verstrekkingen buiten de wachttijd uit te sluiten of een extra wachttijd in te stellen.

3.5.4 Pakketkeuze

- a. De verzekering kent meerdere pakketten. De verzekeringnemer/verzekerden kunnen onderling kiezen voor verschillende aanvullende verzekeringspakketten. Het is niet mogelijk om gelijktijdig voor meer dan één pakket verzekerd te zijn. Alleen verzekerden die reeds op 31 december 1994 verzekerd waren voor het basispakket, kunnen per 1 januari 1995 voor het basispakket ingeschreven blijven. Na 1 januari 1995 kan niet meer gekozen worden voor het basispakket.
- b. Indien een verzekeringnemer/verzekerde staat ingeschreven als medeverzekerde op grond van de Ziekenfondswet bij Zorg en Zekerheid 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 Zorg en Zekerheid en deze is op grond van zijn/haar leeftijd geen premie verschuldigd voor de 'Aanvullende Verzekering', dan volgt de verzekerde het meest uitgebreide pakket dat aanvullend op de particuliere ziektekostenverzekering is afgesloten.

3.6 Beperking van het recht op verstrekking en/of vergoeding

De verzekerde heeft geen recht op een verstrekking en/of vergoeding:

- a. gedurende de wachttijd als bedoeld in 3.5.1;
- b. indien en voor zover hij daarop aanspraken heeft ingevolge de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet;
- c. indien de kosten gemaakt zijn buiten Nederland en niet dringend noodzakelijk zijn.

3.7 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. De premie kan door de verzekerde niet worden verrekend met de door Zorg en Zekerheid te verlenen uitkeringen.
- d. De verzekerde is verplicht tot tijdige premiebetaling en kan zich niet beroepen op het feit dat de premie door de verzekeraar niet tijdig is geïncasseerd. Bij het ingebreke stellen wegens het niet betalen van de premie op de vervaldag kan de verzekerde zich nimmer beroepen op het feit dat de premie niet tijdig is geïnd.
- e. De verplichting tot premiebetaling gaat in op de datum van ingang van de verzekering 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. Bij niet betalen van premie binnen een maand na de dag waarop de premie is verschuldigd, kunnen alle aanspraken van de verzekeringsovereenkomst, met ingang van de eerste dag van het tijdvak waarover de premie verschuldigd is, vervallen. De verzekerde blijft verplicht tot verdere premiebetaling. Zorg en Zekerheid kan de inschrijving van de ver-

zekerde beëindigen en/of kan Zorg en Zekerheid de premieschuld verrekenen met de door Zorg en Zekerheid te verlenen uitkeringen ten laste van deze verzekering.

2. Aanspraken op verstrekkingen en/of vergoedingen herleven weer op de dag, volgend op die, waarop de verschuldigde premie 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 opgeschort in verband met premieachterstand is geen vergoeding verschuldigd.
- g. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten zowel in als buitenrechte, voor rekening van de degene die de premie verschuldigd is. De buitengerechtigde kosten worden ten minste gesteld op 15% van de vordering met een minimum van € 9,-. De buitengerechtigde kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd in gebreke is.

3.8 Herziening van de premie en/of voorwaarden

3.8.1 Herziening

Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of premie van de verzekering op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum en bloc dan wel groepsgewijs te herzien; Zorg en Zekerheid doet van een herziening mededeling, eventueel op premiekwitanties.

3.8.2 Kennisgeving wijziging

Zorg en Zekerheid zal, voor de datum van ingang van de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden/polisvoorwaarden/premie, deze wijzigingen ter kennis van de verzekeringnemer/verzekerde brengen tenzij het wijzigingen van ondergeschikte aard betreft die een vermeerdering van de rechten van de verzekerden inhouden.

3.8.3 Recht van opzegging

De verzekerde die zich met de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden/polisvoorwaarden/premie niet kan verenigen, kan per de ingangsdatum van de wijziging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging binnen 30 dagen na bekendmaking van de wijziging door Zorg en Zekerheid (zoals bedoeld in het voorgaande lid) schriftelijk en aangetekend bij Zorg en Zekerheid indienen. Zorg en Zekerheid beëindigt de verzekering op de dag dat de wijziging ingaat met restitutie van de reeds voldane premie.

3.8.4 Voortzetting verzekering

Heeft de verzekeraar voor de 31ste dag na de in paragraaf 3.8.3 genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

3.8.5 Uitsluitingen

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

- a. bij een herziening van de premie en/of voorwaarden 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 leeftijdsgrens van een verzekerde.

3.9 Betrokkenheid van derden

- a. Als een derde naar de mening van Zorg en Zekerheid wettelijk aansprakelijk is tot vergoeding van de kosten voortvloeiende uit een ongeval of ziekte van de verzekerde, is de verzekerde verplicht aan Zorg en Zekerheid kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade.
- b. Indien bij een, aan de verzekerde overkomen, ongeval een derde is betrokken, moet door of namens de verzekerde onmiddellijk melding worden gemaakt van het ongeval bij Zorg en Zekerheid en de bevoegde politie instantie. De verzekeringnemer/verzekerde moet de verzekeraar onmiddellijk inlichten en alle benodigde gegevens verstrekken indien de kosten mogelijk te wijten zijn aan schuld van een derde. De verzekeringnemer/verzekerde zal, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, geen onderhandelingen met de betrokken derde of diens verzekeraar voeren met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed.
- c. De verzekeringnemer/verzekerde onthoudt zich 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.

3.10 Uitsluitingen

Geen recht op uitkering of verstrekking bestaat ingeval:

- a. de verzekerde wegens wangedrag een inrichting bij een vorige verpleging heeft moeten verlaten of een inrichting tegen het advies van de behandelend arts heeft verlaten en daarna met dezelfde indicatie opnieuw moet worden opgenomen, alsmede ingeval de verzekerde zich aan geneeskundige behandeling onttrokken heeft als gevolg waarvan de behandeling respectievelijk de opnemng wordt verlengd of hernieuwde behandeling of opnemng noodzakelijk wordt;
- b. de kosten 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 een verzekerde opzettelijk heeft deelgenomen;
- c. de kosten 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 en terrorisme;
- d. de kosten een gevolg zijn van of verband houden met nucleaire processen, indien deze:
 1. zich voordoen in de vorm van een kernexplosie, of
 2. het gevolg zijn van een ongeluk met een civiele kerninstallatie als bedoeld in artikel 1.1 van de Wet houdende regelen inzake wettelijke aansprakelijkheid op het gebied van kernenergie (Stb. 1965, no. 546) – reactoren, opwekkings-, verrijkingsinstallaties en opslagplaatsen voor radioactief materiaal in ieder geval daar onder begrepen –, waarbij personen buiten de installatie blootgesteld kunnen zijn geweest aan een dosis van 50 rem of meer, of
 3. in enigerlei vorm dienen voor militaire doeleinden met inbegrip van de daarop betrekking hebbende research, of
 4. plaatsvinden zonder dat daarbij de wettelijke of andere geldende veiligheidsvoorschriften redelijkerwijze in acht zijn genomen.

3.11 Nota's indienen

Iedere vordering die de verzekeringnemer/verzekerde uit hoofde van de verzekering jegens Zorg en Zekerheid heeft, vervalt indien zij niet voor 31 december van het jaar volgend op het jaar van haar ontstaan door of namens de verzekerde bij Zorg en Zekerheid is ingediend.

Alleen originele nota's of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener worden in behandeling genomen. Het inschrijfnummer en het bank- of gironummer dienen op deze originele nota's te zijn vermeld.

3.12 Nalatigheid

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

3.13 Persoonsregistratie

- a. Persoonsgegevens die bij aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering worden verstrekt, evenals 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 uitzonderingen van medische gegevens, verstrekken aan Zorg en Zekerheid Assurantiebemiddeling B.V. om u te informeren over andere activiteiten.

3.14 Dubbele dekking

U kunt geen aanspraak maken op vergoeding van kosten:

Indien de kosten zijn ontstaan door ziekten of ongevallen en u volgens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of – ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten – een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder een andere verzekering, regeling van overheidswege, subsidieregeling is verleend of zou zijn verleend indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan.

3.15 Geschillen

Indien een uitkering of verstrekking wordt geweigerd en de verzekerde zich niet met deze beslissing kan verenigen, kan hij schriftelijk binnen drie maanden na de beslissing een klacht indienen bij:

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

Bent u het niet eens met de beslissing die Zorg en Zekerheid over uw klacht heeft genomen, of heeft u binnen één maand geen reactie ontvangen? Dan kunt u zich te wenden tot:

Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 93560
2509 AN Den Haag

3.16 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur. Aldus door de Ledenraad vastgesteld op 11 oktober 2002 met ingang van 1 januari 2003.

4. Waar kunt u terecht voor informatie?

Postadres

Zorg en Zekerheid
Postbus 400
2300 AK Leiden

Telefonische informatie

Voor meer informatie toegespitst op uw persoonlijke situatie kunt u contact opnemen met onze medewerkers. Zij zijn op werkdagen van 08.00 tot 18.00 uur bereikbaar op het volgende telefoonnummer:

(071) 5 825 825

Internet

www.zorgenzekerheid.nl

Persoonlijke informatie

Voor persoonlijke informatie kunt u terecht bij onze verzekeringswinkels:

Alphen aan den Rijn

Aarplein 6, maandag t/m vrijdag van 09.00 tot 18.00 uur

Amstelveen

Burg. Haspelslaan 45, maandag t/m vrijdag van 09.00 tot 18.00 uur

Hoofddorp

Concourslaan 18, maandag t/m vrijdag van 09.00 tot 18.00 uur en vrijdag van 18.30 tot 21.00 uur

Katwijk

Dwarsstraat 19, maandag t/m vrijdag van 09.00 tot 18.00 uur

Leiden

Korevaarstraat 2, maandag t/m vrijdag van 09.00 tot 18.00 uur

Lisse

Koninginneweg 97 (Lisser Passage), maandag t/m vrijdag van 09.00 tot 18.00 uur en donderdag van 18.30 tot 21.00 uur.

Zorg en Zekerheid

ZIEKENFONDS & PARTICULIER

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