



Polisvoorwaarden 2009

Zorg Vrij Polis

Rubriek A.

Begripsomschrijvingen

Ambulancevervoer

Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers,

bedoeld in artikel 61, lid 5, van de Geneesmiddelenwet.

Apotheekhoudend huisarts

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

Bekkenfysiotherapeut

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

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal- Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsadvies

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

Centrum voor medisch specialistische zorg

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

Collectiviteit

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (2de lijnszorg). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen. Met betrekking tot de tarieven van DBC's (exclusief specialistische GGZ (2de lijnszorg)) is er een onderscheid in twee segmenten. Voor DBC's uit het A-segment gelden er in de regel vaste tarieven. Voor alle DBC's uit het B-segment kunnen verzekeraars afspraken maken met ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en vrijgevestigde extramurale specialisten over de in rekening te brengen tarieven.

Dienstenstructuur

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

Diëtist

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

Ergotherapeut

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

Ernstige dyslexie

Ernstige dyslexie is een specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

EU-en EER-staat

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

Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de bij of krachtens het 'Besluit Zorgverzekering' aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, één en ander met inachtneming van het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg.

Fysiotherapeut

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

Gebruikelijke zorg

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

Gecontracteerde zorg

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

Geriatrisch fysiotherapeut

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Hulpmiddelenzorg

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

In- vitrofertilisatiepoging

Zorg volgens de in- vitrofertilisatiemethode inhoudende:

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

Jeugdgezondheidszorgarts

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

Kaakchirurg

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

Kinderfysiotherapeut

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

Kinderoefentherapeut

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

Kraamcentrum

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

Laboratoriumonderzoek

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

Logopedist

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

Marktconform

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

Manueel therapeut

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

Medisch adviseur

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

Medisch(e) noodzakelijk/noodzaak

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

Medisch noodzakelijk zorg in het buitenland

Zorg die medisch noodzakelijk is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist, die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', en bevoegdheid heeft op grond van artikel 4 van het Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553).

Oedeemtherapeut

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

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

Opname

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

Orthodontist

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

Redelijke afstand

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

Revalidatie

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

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Verblijf

Verblijf gedurende tenminste 24 uur.

Verdragsland

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

Verloskundige

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

Verzekerde

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

Verzekeringnemer

Degeene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

WMG- tarief

Het tarief vastgesteld bij of krachtens de Wet Marktordening Gezondheidszorg.

Ziekenhuis

Een centrum voor medisch specialistische zorg.

Zittend ziekenvervoer

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

Zorgpolis

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

Zorgverzekeraar

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

Artikel 1 Algemene bepalingen

- Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1, sub h en i van de Zorgverzekeringswet. De zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, wanneer deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer;
- Naast de zorgpolis verstrekt Zorg en Zekerheid als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een inschrijvingsbewijs op vertoon waarvan de verzekerde de zorg, waar op basis van deze polis aanspraak op bestaat, kan invoeren bij een zorgverlener;
- De kosten van zorg kunnen op basis van deze zorgpolis behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij Zorg en Zekerheid worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst is tussen de zorgaanbieder en Zorg en Zekerheid op grond waarvan rechtstreekse declaratie door de zorgaanbieder bij Zorg en Zekerheid plaatsvindt;
- De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten;
- De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen;
- Deze polis staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.

Artikel 2 Dekking

- Deze polis omvat de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg en desgevraagd op zorgbemiddeling voor verzekerden die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekerden;
- De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
 - Het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgestelde (maximum-) tarief;
 - Indien en voor zover er geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- Niet tijdige zorg:
 - Indien de voor de verzekerde benodigde zorg als bedoeld in het voorafgaande lid naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg niet binnen redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van de verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden;
 - Bij het vaststellen en uitvoeren van haar beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert Zorg en Zekerheid voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en zonedig algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- Indien en voor zover Zorg en Zekerheid meer vergoedt dan waartoe zij krachtens de overeenkomst is gehouden, wordt de verzekerde geacht aan Zorg en Zekerheid een volmacht tot incasso op naam van Zorg en Zekerheid van het door de verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde te hebben verleend.

Rubriek B. Grondslag van de verzekering

Artikel 3 Verplicht eigen risico

- Op deze polis is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 155,00 per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde verplicht eigen risico wordt vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:
 - De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;
 - De kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
 - De kosten van het gebruik van mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese en bijzondere tandheeldkunde;
- Voor verzekerden die op 31 december van het in artikel 3, lid 1 bedoelde kalenderjaar jonger dan achttien jaar zijn, geldt geen verplicht eigen risico;
- Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het verplicht eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar;
- Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend;
- Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplicht eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen verplicht eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid;
- Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het verplicht eigen risico en indien sprake is van een vrijwillig gekozen eigen risico als bedoeld in artikel 4, uitkomen. Het verplicht eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

Artikel 4 Vrijwillig gekozen eigen risico

- Op deze polis is per kalenderjaar een vrijwillig gekozen eigen risico per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico is in dat geval vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. De verzekeringnemer heeft het recht te kiezen voor het vrijwillig eigen risico met bijbehorende premiekorting. De kosten zoals die niet van toepassing zijn in het verplicht eigen risico zoals genoemd in artikel 3, lid 1 a t/m c, vallen buiten het vrijwillig gekozen eigen risico. In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico;
- Kosten van zorg die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken;
- Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het vrijwillig gekozen eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar;
- Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende vrijwillig gekozen eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand

aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het vrijwillig gekozen eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:

- Ieder bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor het vrijwillig gekozen risico gold of zal gelden;
 - De op grond van artikel 4, lid 1 berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 - De uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
- Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend;
 - Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijk verzoek van Zorg en Zekerheid;
 - Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico, en het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 3, uitkomen. Het vrijwillig gekozen eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald;
 - Wijziging van het geldende vrijwillig gekozen eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 33, lid 2.

Geneeskundige zorg

Artikel 5 Huisartsenzorg

Wij vergoeden de kosten voor:

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

Voorwaarde:

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is binnen de huisartsenzorg.

Als uitsluitingen gelden onder meer:

- het maken van een ECG, anders dan bedoeld in artikel 5 onder c;
- een griepvaccinatie op eigen verzoek;
- medische keuringen.

Artikel 6 Medisch specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)

6.1 Algemene bepalingen

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

Rubriek C. Omvang Dekking

6.2 Ziekenhuisopname

Wij vergoeden de kosten voor:

- opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch specialistische zorg tot een maximum van 365 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
- gebruikelijke medisch specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Voorwaarden:

- er dient sprake te zijn van gebruikelijke medisch specialistische zorg;
- op het moment dat niet langer gronden voor medisch specialistische hulp in combinatie met verblijf in een ziekenhuis aanwezig zijn, dient dit direct aan Zorg en Zekerheid te worden gemeld;
- voor behandeling in het Nederlands Astmacentrum Davos en/of een behandeling in Heideheuvel dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben.

6.3 Niet- klinische medisch specialistische zorg

Wij vergoeden de kosten voor:

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

Voorwaarden:

- er dient sprake te zijn van gebruikelijke medisch specialistische zorg;
- voor aanspraak op mondzorg, in geval van behandeling door een kaakchirurg, is vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid vereist indien de hulp parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden, met inachtneming van de voorgaande leden, de kosten voor behandelingen van plastisch chirurgische aard indien die noodzakelijk zijn ter correctie van:

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

Voorwaarde:

Voor een beperkt aantal ingrepen door een keel-, neus- en oorarts (KNO- arts), oogarts, dermatoloog of (plastisch) chirurg dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC's waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl.

Uitgesloten behandelingen.

Geen aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. Behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
2. Liposuctie van de buik;

3. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
4. Het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
5. Abdominoplastiek, tenzij er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooien of van een ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.

6.5 Verpleging (extramuraal)

Verpleging omvat de vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Naast de verpleging zoals in deze polis genoemd, kan na voorafgaande schriftelijke toestemming door Zorg en Zekerheid verpleging in een nader aan te wijzen instelling of op een andere plaats plaatsvinden. Deze verpleging moet noodzakelijk zijn in verband met de medisch specialistische zorg.

Uitsluitingen:

- verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing;
- verpleging die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg

7.1 Prenatale screening

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

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten voor prenatale screening; deze screening omvat volgende onderdelen:

1. Counseling (het verschaffen van informatie die het mogelijk maakt om een weloverwogen keuze te maken voor het al dan niet ondergaan van prenatale screening). De vrouwelijke verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten voor counseling door de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts of medisch specialist die de verzekerde begeleidt gedurende de zwangerschap;
2. Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)
De vrouwelijke verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van het structureel echoscopisch onderzoek, ook wel aangeduid als de '20 weken echo'.
3. Combinatietest
De vrouwelijke verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten voor de combinatie-test (bestaande uit een nekplooiemeting en bloedonderzoek), welke de mogelijkheid biedt aangeboren afwijkingen vast te stellen in het eerste trimester van de zwangerschap.
De aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden:
 - van 36 jaar en ouder;
 - jonger dan 36 jaar die zijn verwezen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist.

7.2 Bevalling en verloskundige zorg

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

Bevalling en/of kraambed met medische noodzaak in een ziekenhuis

Wij vergoeden de kosten voor:

- medisch specialistische (verloskundige) zorg, als bedoeld in artikel 6, al dan niet in combinatie met behandeling en verpleging alsmede verblijf in het ziekenhuis. Dit geldt voor moeder en (met ingang van de dag van de bevalling) haar kind;

- verblijf bij de opgenomen moeder van de gezonde zuigeling wegens borstvoeding, zolang Zorg en Zekerheid voor de moeder vergoeding van de opname en behandelkosten is verschuldigd.

Voorwaarden:

- er dient, naar het oordeel van de verloskundige, de huisarts of de medisch specialist een medische noodzaak te zijn voor verblijf in het ziekenhuis;
- er dient sprake te zijn van een gerichte verwijzing door een verloskundige of huisarts.

Bijzonderheden:

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

Bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis

Wij vergoeden met ingang van de dag van de bevalling de kosten voor:

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

Eigen bijdrage:

Voor bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis is zowel voor de moeder als haar kind een eigen bijdrage verschuldigd van € 15,00 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 108,00 per dag te boven gaat. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor de voor de polis geldende eigen risico's. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis of kraamcentrum (zie artikel 7.4).

Bijzonderheden:

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

Bevalling en/of kraambed thuis

Wij vergoeden de kosten voor:

Verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts.

7.3 Kraamzorg

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben recht op vergoeding van de kosten voor kraamzorg zoals kraamverzorgenden deze plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is. De kraamzorg bestaat uit de inschrijving en intake door het kraamcentrum, de partusassistentie bij een thuisbevalling en de kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. De kraamzorg kan worden geleverd door een kraamverzorgende welke is verbonden aan een kraamcentrum of ziekenhuis.

Wij vergoeden de kosten voor:

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

Voorwaarden:

- aanmelding voor kraamzorg dient plaats te vinden via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn'

(telefoonnummer: 0900 222 44 66) of via de website www.zorgenzekerheid.nl bij voorkeur vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum;

- bij opname in een ziekenhuis: indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat de kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. De dag van ontslag wordt hierbij niet als opnamedag gerekend;
- de kraamzorg dient te worden verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum op aanwijzing van de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn';
- de kraamzorg dient te worden geleverd door een kraamverzorgende welke is verbonden aan een kraamcentrum.

Eigen bijdrage:

Voor de kosten van kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 3,80 per uur. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

Artikel 8 Revalidatie

Wij vergoeden de kosten voor:

Revalidatie in een klinische (opname) of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) situatie.

Voorwaarden:

- de zorg dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- de hulp dient de verzekerde in staat te stellen een dusdanige mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen van de verzekerde, redelijkerwijs mogelijk is;
- voor aanspraak op klinische revalidatie dient er de verwachting te zijn dat binnen een korte termijn betere resultaten dan met niet-klinische revalidatie worden behaald;
- er dient tijdig vooraf schriftelijk door of namens de verzekerde toestemming te worden gevraagd aan Zorg en Zekerheid;
- Zorg en Zekerheid dient als bewijs van toestemming aan de instelling een machtiging te hebben verstrekt;
- de aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een deugdelijk gemotiveerd behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten: de aard en complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

Artikel 9 Orgaantransplantaties

Wij vergoeden de kosten voor:

- de transplantatie van beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long en nier/pancreas;
- medisch specialistische zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- medische zorg conform deze polis van de donor gedurende ten hoogste dertien weken dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen. De zorg dient verband te houden met een door deze verzekering gedekte orgaantransplantatie;
- vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van openbaar vervoer dan wel, indien en

- voor zover medisch noodzakelijk, per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin;
- het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland.

Voorwaarde:

U dient vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid.

Uitsluitingen:

- niet vergoed worden de verblijfskosten in Nederland van de in het buitenland woonachtige donor noch diens eventuele gedeerde inkomsten;
- de kosten van transplantaties van andere organen.

Artikel 10 Nierdialyse

Wij vergoeden bij niet- klinische nierdialyse via hemodialyse of peritoneaaldialyse alsmede de hiermee in verband houdende medisch specialistische zorg verleend in een dialysecentrum de kosten voor:

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

U heeft in geval van thuisdialyse, behalve op bovengenoemde aanspraken, ook recht op:

- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- vergoeding van de kosten van het in bruikleen geven van de dialyseapparatuur met toebehoren, regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede vergoeding van de kosten van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover Zorg en Zekerheid de kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover Zorg en Zekerheid die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

Voorwaarde:

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

Artikel 11 Mechanische beademing

Wij vergoeden bij noodzakelijke mechanische beademing in een erkend beademingscentrum de kosten voor:

Noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een erkend beademingscentrum.

U heeft bij noodzakelijke mechanische beademing thuis recht op:

- het door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur voor elke behandeling aan de verzekerde;

- de met de mechanische beademing verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door een beademingscentrum;
- de beademing ten huize van de verzekerde dient plaats te vinden onder de verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Uitsluiting:

Er bestaat geen recht op vergoeding van de kosten voor verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing.

Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Wij vergoeden de kosten voor: Centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKioN).

Artikel 13 Trombosedienst

Wij vergoeden, op voorschrift van een arts, door de trombosedienst gemaakte kosten voor:

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

Artikel 14 Erfelijkheidsonderzoek

Wij vergoeden de kosten voor:

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

Voorwaarden:

- de hulp dient plaats te vinden in een erkend/vergunninghoudend centrum voor erfelijkheidsonderzoek;
- er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts of medisch specialist.

Artikel 15 Audiologische zorg

Wij vergoeden de kosten voor zorg verleend door een audiologisch centrum bestaande uit:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;

- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Voorwaarde:

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

Artikel 16 IVF

Wij vergoeden de kosten voor:

De eerste drie IVF-pogingen per te realiseren zwangerschap per behandelde vrouwelijke verzekerde (inclusief de medicatie);

Voorwaarden:

- er dient sprake te zijn van een medische indicatie en verwijzing van een huisarts;
- de behandeling dient plaats te vinden in een gecontracteerd IVF-centrum met een vergunning voor IVF op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV);
- er dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid.

Bijzonderheden:

- indien er tijdens de IVF-poging meerdere bruikbare embryo's ontstaan kunnen deze worden ingevroren en op een beter tijdstip worden teruggeplaatst. Deze terugplaatsingen gelden dan als onderdeel van de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan;
- onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een voortgaande zwangerschap van tenminste twaalf weken, gemeten vanaf de eerste dag na de menstruatie.

Uitsluiting:

Er bestaat geen recht op vergoeding van de kosten voor de vierde en volgende IVF-poging (-en) per te realiseren zwangerschap;

Artikel 16.a Dyslexie zorg

U heeft recht op:

Zorg bij ernstige dyslexie. Voor de definitie van het begrip ernstige dyslexie verwijzen wij naar de begripsomschrijvingen.

Voorwaarden:

- de zorg dient aan te vangen bij kinderen van zeven of acht jaar oud die basisonderwijs volgen;
- het recht op deze zorg geldt uitsluitend voor diegenen die voldoen aan de criteria zoals genoemd in het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling (L. Blomert 2006) en die behandeld worden conform dit Protocol;
- u dient te beschikken over een verwijzing van de basisschool waaruit blijkt dat het voortraject behandeling dyslexie van de basisschool is doorlopen;
- de behandeling wordt uitgevoerd door een zorginstelling of zorgverlener die zorg verleent in het kader van diagnostiek en/of behandeling van ernstige dyslexie conform het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (L. Blomert 2006).

De door Zorg en Zekerheid gecontracteerde instellingen zijn te vinden op www.zorgenzekerheid.nl. Ook het genoemde Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (L. Blomert 2006) is te vinden op onze website.

Artikel 17 Paramedische zorg

17.1 Algemeen

De aanspraak op vergoeding van de kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck inclusief de verbijzonderingen. Paramedische zorg omvat ook ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is binnen de paramedische zorg. De lijst van basisaanspraken voor fysiotherapie die voor vergoeding in aanmerking komen, maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zenden wij u desgevraagd toe of kunt u raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl.

17.2 Algemene voorwaarden fysiotherapie

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- in geval van een verbijzonderde zitting dient de behandeling te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die staat geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten (KNGF);
- in geval van oedeemtherapie kan de behandeling worden uitgevoerd door een gecontracteerde huidtherapeut;
- een chronische indicatie dient onder Bijlage 1 van de ministeriële regeling te vallen. Voor een aantal indicaties in deze regeling is er sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode, zoals in Bijlage 1 is aangegeven;
- voor een chronische indicatie geldt dat de therapie medisch noodzakelijk dient te zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist is voorgeschreven;
- per dag komt maximaal één zitting voor vergoeding in aanmerking tenzij voor meerdere zittingen op één dag medisch noodzaak bestaat en deze zittingen verantwoord gespreid zijn.

17.3 Algemene voorwaarden oefentherapie

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een oefentherapeut;
- in geval van een verbijzonderde zitting dient de behandeling te worden uitgevoerd door een oefentherapeut die staat geregistreerd in het register van verbijzonderde oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM);
- een chronische indicatie dient onder Bijlage 1 van de ministeriële regeling te vallen. Voor een aantal indicaties in deze regeling is er sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode, zoals in Bijlage 1 is aangegeven;
- voor een chronische indicatie geldt dat de therapie medisch noodzakelijk dient te zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist is voorgeschreven.

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

Chronische indicatie

Wij vergoeden de kosten voor:

Het medisch noodzakelijke aantal behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar.

Uitsluiting:

De eerste 9 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie, indien er sprake is van een eerste behandelserie bij een chronische indicatie.

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

Chronische indicatie

Wij vergoeden de kosten voor:

Het medisch noodzakelijke aantal behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar.

Niet-chronische indicatie

Wij vergoeden de kosten voor:

- maximaal 9 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per indicatie per verzekerde per kalenderjaar;
- in aansluiting op deze behandelingen bestaat er bij ontoereikend resultaat, recht op maximaal 9 extra behandelingen oefentherapie per indicatie per verzekerde per kalenderjaar;
- indien er sprake is van een specifieke verwijzing kinderfysiotherapie, bestaat er recht op maximaal 9 extra behandelingen kinderfysiotherapie per indicatie per verzekerde per kalenderjaar.

17.6 Ergotherapie

Wij vergoeden de kosten voor:

Advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een ergotherapeut;
- er dient sprake te zijn van een gerichte verwijzing door een huisarts of medisch specialist;
- de ergotherapie dient in een behandelruimte of op het huisadres van de verzekerde plaats te vinden met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

17.7 Logopedie

Wij vergoeden de kosten voor logopedische behandeling.

Voorwaarden:

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een logopedist;
- de behandeling dient op voorschrift van de (tand-) arts of orthopedagoog plaats te vinden;
- de behandeling moet een geneeskundig doel dienen en bij de behandeling dient er herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen te worden verwacht.

Uitsluitingen:

Onder logopedische behandeling wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen (in verband met dialect en/of anderstaligheid).

17.8 Dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten voor:

Dieetadvisering (voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten) met een maximum van 4 uur per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een diëtist;
- de dieetadvisering moet een medisch doel hebben;
- de behandeling dient te zijn voorgeschreven door uw behandelend arts, tandarts of medisch specialist.

Artikel 18 Mondzorg

18.1. Algemene bepalingen

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plagen te bieden, met dien verstande dat het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is. De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist.

- de mondzorg omvat geen behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig niet doelmatig zijn;
- mondzorg wordt geleverd door een wettelijk daartoe bevoegde zorgverlener;

- prothetische voorzieningen vervaardigd en gedeclareerd door een tandtechnicus komen niet voor vergoeding in aanmerking.

18.2 Mondzorg in bijzondere gevallen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg en chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het hierbij medisch noodzakelijk verblijf, in de volgende gevallen:

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

18.3 Implantaten in tandloze kaak

Onder vergoeding van de kosten van zorg, bedoeld in het artikel 18.2 onder a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstige geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembaar prothese.

18.4 Orthodontie in bijzondere gevallen

Orthodontische hulp is slechts onder de vergoeding van de kosten van zorg bedoeld in het artikel 18.2, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak- mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan tandheelkundige noodzakelijk is.

18.5 Mondzorg tot 22 jaar

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan 22 jaar in andere gevallen dan artikel 18.2 onder a tot en met c:

- Periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- Incidenteel tandheelkundig consult;
- Het verwijderen van tandsteen;
- Fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- Sealing;
- Parodontale hulp;
- Anesthesie;
- Endodontische hulp, met uitzondering van uitwendig bleken;
- Restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- Gnathologische hulp;
- Tandvervangende hulp met niet- plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van de tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- Chirurgische tandheelkundige hulp en het hierbij medisch noodzakelijk verblijf met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- Röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
- Uitneembare prothetische voorzieningen voor de boven- en onderkaak.

18.6 Mondzorg vanaf 22 jaar

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 22 jaar en ouder in andere gevallen dan artikel 18.2 onder a tot en met c:

- a. Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het hierbij medisch noodzakelijk verblijf en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- b. Uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

18.6.a Medisch noodzakelijk verblijf

Indien sprake is van medisch noodzakelijk verblijf zoals vermeld in artikel 18.5 onder l. en artikel 18.6 heeft u recht op:

Opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch specialistische zorg tot een maximum van 365 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;

18.7 Eigen bijdrage mondzorg

De verzekerde van 22 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge artikel 18.2 onder a onderscheidenlijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge artikel 18.2 onder b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een eigen bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening gebracht mag worden indien zodanige prestatie niet in het kader van artikel 18.2 onder a en b, (derhalve slechts tegen reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.

18.8 Volledige prothetische voorziening

De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in artikel 18.2, een eigen bijdrage verschuldigd van € 125,00 per kaak.

18.9 Mondzorg buiten reguliere praktijk

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

18.10 Mondzorg buiten de reguliere praktijken voor verzekerden jonger dan 22 jaar

De verzekerde jonger dan 22 jaar heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

18.11 Voorafgaande toestemming voor behandeling tandarts

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van hulp, bedoeld in artikel 18.2 onder a tot en met c en artikel 18.5 onder k is voorafgaande toestemming van Zorg en Zekerheid vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd. De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygië ernstig verwaarloost.

18.12 Voorafgaande toestemming voor behandeling specialist

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg in geval van behandeling door een tandarts- specialist mondziekten, kaakchirurg en het verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de chirurgische tandheelkundige hulp

van specialistische aard, is vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid vereist, indien de zorg parodontale hulp, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.

18.13 Voorafgaande toestemming voor behandeling instelling bijzondere tandheelkunde

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg als bedoeld in de artikel 18.2, 18.3, 18.4, 18.5 en 18.6 in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van Zorg en Zekerheid vereist.

18.14 Gebitsprothese

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding in aanmerking een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed. Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum van bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)- codes het door het Nederlandse Zorgautoriteit goedgekeurde tarief in aanmerking.

Toestemming:

- vooraf is toestemming van Zorg en Zekerheid vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus, inclusief techniekkosten ten hoogste € 550,00 per onder- of bovenkaak en € 1.000,00 bij een volledige prothese bedragen;
- tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Een volledig overzicht van de prestaties met bijbehorende marktconforme tarieven van een tandprotheticus en mondhygiënist kunt u raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

19.1 Algemene bepaling

De omvang van de aanspraak op vergoeding van de kosten wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg. Deze zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringwet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement, is voor verstrekking van het betreffende geneesmiddel voorafgaande toestemming vereist. Het Reglement is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u het Reglement opvragen door contact op te nemen met Zorg en Zekerheid via telefoon nummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels. Zorg en Zekerheid voert geen preferentiebeleid.

19.2 Geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van de terhandstelling van:

- de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover aangewezen door Zorg en Zekerheid;
- geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid voor zover het rationele farmacotherapie is;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, lid 3 onder c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die op verzoek van een arts, als bedoeld in voornoemd artikel, in Nederland zijn bereid door een, conform de Geneesmiddelenwet, vergunninghoudende fabrikant; of
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, lid 3 onder c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die in de handel in een lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts, als bedoeld in voornoemd artikel binnen Nederland zijn

gebracht en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners.

Voorwaarden:

- aanspraak op vergoeding van de kosten bestaat alleen op die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling Zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door Zorg en Zekerheid. Eén en ander is nader uitgewerkt in het Reglement;
- indien de voorschrijver het niet medisch verantwoord acht de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geregistreerd geneesmiddel met dezelfde werkzame stof;
- tenzij Zorg en Zekerheid nadere afspraken (zie hiervoor www.zorgenzekerheid.nl) heeft gemaakt een apotheker/apotheekhoudend huisarts dient de farmaceutische hulp te zijn voorgeschreven door een (huis)arts, medisch specialist, tandarts, tandarts- specialist of verloskundige en dient ter hand gesteld te worden onder verantwoordelijkheid van die apotheker/apotheekhoudend huisarts;
- op farmaceutische zorg is de prescriptieregeling (zie het Reglement) van toepassing;
- op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding is vastgesteld. Geneesmiddelen waarvoor (nog) geen limiet aan de vergoeding is vastgesteld, vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de ministeriële regeling zorgverzekering en/of het Reglement anders bepaalt. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vastgestelde vergoedingslimiet blijven de meerkosten voor rekening van u (de GVS-eigen bijdrage), deze eigen bijdrage telt niet mee voor het eigen risico;
- voor aanspraak op een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering;
- Zorg en Zekerheid kan in haar Reglement nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid voor de terhandstelling van geneesmiddelen.

Uitsluitingen:

- farmaceutische zorg voor in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- geneesmiddelen in geval van ziekerisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, lid 3, onder e van de Geneesmiddelenwet.

19.3 Dieetpreparaten

Wij vergoeden de kosten van de terhandstelling van: Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten op medische indicatie.

Voorwaarden:

- er dient sprake te zijn van een ernstige slikstoornis of een ernstige passagestoornis of ernstige resorptie- of ernstige stofwisselingsstoornis of een ernstige voedselallergie of;
- een dreigende ernstige ondervoeding door chronisch obstructief longlijden (COPD) of cystische fibrose (CF) of ernstig congenitaal hartfalen bij kinderen met dreigende groeiachterstand;
- er dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid.

Artikel 20 Hulpmiddelen

De omvang van de aanspraak op vergoeding van de kosten wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Deze zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft

aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan één van onze winkels.

Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een Persoonsgebonden Budget waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die in het Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen.

Wij vergoeden de kosten voor:

De aanschaf van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorwaarden:

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

Uitsluitingen:

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

Artikel 21 Ziekenvervoer

21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van ambulancevervoer is sprake bij medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.

21.2 Ambulancevervoer

Wij vergoeden de kosten voor:

Medisch noodzakelijk ambulancevervoer in Nederland over een afstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand:

- Naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten - met inachtneming van een eventueel vrijwillig gekozen eigen risico - geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen;
- Naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
- Vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of

instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;

- d. Van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien u in uw woning redelijkerwijs niet de verzorging kunt krijgen.

Voorwaarden:

- ander vervoer (openbaar vervoer, taxi of auto) is om medische redenen niet verantwoord;
- het vervoer dient verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten krachtens deze verzekering geheel of gedeeltelijk voor rekening van Zorg en Zekerheid komen.
- indien het vervoer per ambulance niet mogelijk is, kan Zorg en Zekerheid vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

Uitsluiting:

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

21.3 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie

Wij vergoeden de kosten voor:

Medisch noodzakelijk zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer in de laagste klasse, vervoer per (eigen) auto of taxi) van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand voor zover:

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

Voorwaarden:

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

Hardheidsclausule:

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig en gedurende meerdere keren per week is aangewezen op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd en het niet verstreken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

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

21.4 Wijze van aanvragen zittend ziekenvervoer

- indien sprake is van genoemde indicaties dient de verzekerde contact op te nemen met de Vervoerslijn, telefoonnummer (071) 5 825 700 om de desbetreffende indicatie te melden;

- door de Vervoerslijn dient te worden bepaald op welk soort vervoer de verzekerde recht heeft;
- indien de Vervoerslijn aangeeft dat taxivervoer noodzakelijk is, kan de verzekerde contact op nemen met de Zorgvervoercentrale Nederland, telefoonnummer 0900 2 212 223;
- indien geen gebruik wordt gemaakt van de Zorgvervoercentrale Nederland dan ontvangt de verzekerde maximaal € 0,70 per vastgestelde kilometer.

21.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 89,00 per verzekerde per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

21.6 Wijze van declareren zittend ziekenvervoer

- de vergoeding van de kosten voor vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,28 per kilometer;
- voor het declareren van de kosten indien sprake is van eigen vervoer, dient u het declaratieformulier zittend ziekenvervoer in te vullen en dit samen met uw nota('s) en afsprakenkaart naar Zorg en Zekerheid te sturen. Voor inzendtermijnen zie voorwaarden 25.1 onder f.

Artikel 22 Buitenland

22.1 Woonachtig of tijdelijk verblijvend in een ander EU/EER- land of verdragsland

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

U heeft recht op:

- hulp volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU- sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke zorg tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening;

Voorwaarden:

- voor intramurale zorg buiten het woonland (dat is opname of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht) is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid;
- voor de verzekerde die woont in een ander EU/EER-land of verdragsland geldt tevens dat voor intramurale zorg in het woonland toestemming vereist is van Zorg en Zekerheid tenzij het een aanspraak volgens de verordening of het verdrag betreft;
- verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- hulp volgens de wettelijke regeling van dat land, niet zijnde het woonland, is alleen van toepassing indien het in verdragslanden betrekking heeft op medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland en in een EU/EER-land op verstrekkingen die tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf;
- hulp volgens de wettelijke regeling van dat land moet ingeroepen worden volgens de voorgeschreven verdragssystematiek (Europese verzekeringspas). Ter plaatse geldende eigen betalingen tellen mee voor het eigen risico.

22.2 Woonachtig of tijdelijk verblijvend in een land dat geen EU/EER-land en geen verdragsland is

U heeft recht op :

Vergoeding van de kosten van hulp tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening.

Voorwaarden:

- voor intramurale zorg is altijd toestemming nodig van Zorg en Zekerheid;
- vergoeding van de kosten van zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven;
- verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland.

22.3 Volledige vergoeding

In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt volledige vergoeding van de kosten plaats voorzover er sprake is van wachtlijstbemiddeling door Zorg en Zekerheid of de zorg in het woonland niet voorhanden is en er voorafgaande toestemming is verleend door Zorg en Zekerheid.

Geestelijke gezondheidszorg

Artikel 23 Begripsomschrijvingen Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

Diagnose Behandeling Combinatie in de GGZ (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (2de lijnszorg). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ- instellingen

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

Eerstelijns psycholoog

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

Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ

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

Klinisch psycholoog

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

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar in de voorwaarden psychiater staat kan ook zenuwarts worden gelezen.

Psychotherapeut

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

Specialistische GGZ

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

Artikel 24 Eerstelijns psychologische zorg, niet- specialistische GGZ

24.1 Eerstelijns psychologische zorg

- voor de eerstelijns psychologische zorg, niet- specialistische GGZ, is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medische specialist (niet zijnde een psychiater). Dit geldt niet voor acute zorg.
- voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel een verwijzing van arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft omschreven in artikel 9.b, vijfde lid van de AWBZ.

24.2 Aanspraak eerstelijns psychologische zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten voor eerste lijnspsychologische zorg door een gezondheidszorg psycholoog en/of eerstelijns psycholoog. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden:

- de zorg omvat ten hoogste acht zittingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar;
- de verzekerde betaalt een eigen bijdrage van € 10,00 per zitting voor eerstelijns psychologische zorg.

Uitsluiting:

De zorg omvat niet de specialistische zorg bedoeld in artikel 25.

Artikel 25 Specialistische GGZ

25.1 Specialistische GGZ

- voor specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg;
- voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9.b, vijfde lid van de AWBZ.

25.2 Omvang van de zorg

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg als bedoeld in artikel 24.

25.3 Psychiatrische ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als een onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. De aanspraak omvat de specialistische psychiatrische behande-

ling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

25.4 Niet-klinische GGZ

Wij vergoeden de kosten van specialistische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater, zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder bestaat de aanspraak op specialistische GGZ in de huispraktijk van de tot dat doel door Zorg en Zekerheid gecontracteerde psychiater, zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Artikel 26 Persoonsgebonden Budget

26.1 Persoonsgebonden Budget (PGB)

De verzekerde kan desgewenst, in plaats van de aanspraken van de artikelen 24 en 25, Zorg en Zekerheid verzoeken om een Persoonsgebonden Budget. Voor de aanspraak op een persoonsgebonden budget gelden, in aanvulling op de in de artikelen 24 en 25 aangegeven vereisten, de nadere voorwaarden zoals in het door Zorg en Zekerheid opgestelde Reglement PGB experiment GGZ zijn bepaald.

26.2 Overlegging Medische Informatie

De verzekerde heeft aanspraak op een door Zorg en Zekerheid te verstrekken Persoonsgebonden Budget indien hij aannemelijk heeft gemaakt, door overlegging van medische informatie van een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde behandelaar, dat hij behoefte heeft aan de desbetreffende zorgvorm (specifieke diagnose behandelingcombinatie dan wel eerstelijns psychologische zorg). Het door Zorg en Zekerheid opgestelde Reglement PGB experiment GGZ maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl of wordt u desgevraagd toe gezonden.

26.3 Voorschot

De verzekerde heeft aanspraak op het Persoonsgebonden Budget, dat wordt verstrekt in de vorm van een door Zorg en Zekerheid te bepalen voorschot. De hoogte van het voorschot is gelijk aan de vergoeding die de verzekerde zou hebben ontvangen voor de zorg of andere dienst als hij naar een niet-gecontracteerde aanbieder zou zijn gegaan. De verzekerde ontvangt het voorschot zodra hij aanspraak op een Persoonsgebonden Budget heeft.

26.4 Aanspraak

De verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van hetgeen het voorschot te boven gaat als uit de overgelegde originele en afdoende gespecificeerde rekening blijkt dat de zorg of dienst is verstrekt door een gecontracteerde zorgaanbieder.

26.5 Verantwoording

Indien uit de verantwoording blijkt dat de verzekerde minder kosten heeft gemaakt, of het voorschot aan iets anders heeft besteed dan waarvoor het voorschot door Zorg en Zekerheid is verstrekt, vordert Zorg en Zekerheid het te veel verstrekte (deel van het) voorschot als 'onverschuldigde betaling' terug op grond van artikel 6:203 van het Burgerlijk Wetboek.

Artikel 27

27.1

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

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

27.2

U heeft geen recht op vergoeding van kosten:

- a. Indien deze het gevolg zijn van schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitierij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
- b. Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlogen, onlusten in binnen- en/of buitenland, oproer, opstand, rellen, opstoten en munitierij;
- c. Indien de behoefte aan zorg het gevolg is van één of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekingsmaatschappij voor Terrorismedekking N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximum bedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarden van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld heeft u in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering te bepalen omvang. Het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekingsmaatschappij voor Terrorismedekking N.V. is op deze polis van toepassing. Het clausuleblad is gedeponeerd op 6 januari 2005 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen via www.terrorismeverzekerd.nl en www.zorgenzekerheid.nl.

- Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels;
- d. Indien de kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in artikel 22 buitenland.

27.3

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

Rubriek E. Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 28

28.1 Algemene bepaling

Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polis omschreven:

In voorkomende gevallen kan aanspraak worden ge-

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

28.2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse

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

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

Indien de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis aanspraak heeft op zorg dan wel recht heeft op vergoeding van door hem gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Ten aanzien van de toerekening van een DBC geldt hetgeen is aangegeven in artikel 29 lid 1 f.

28.4 Persoonsregistratie

- De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing;
- Zorg en Zekerheid kan uw gegevens, omtrent naam adres en woonplaats verstrekken aan Zorg en Zekerheid Assurantiebemiddeling B.V. om u te informeren over andere activiteiten. Indien u geen prijs stelt op informatie over andere activiteiten kunt u dit schriftelijk melden bij Zorg en Zekerheid;
- Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgaanbieders omtrent uw verzekeringsstatus; indien u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid.

Artikel 29 Verplichtingen verzekerde/verzekeringnemer

29.1

De verzekerde/verzekeringnemer is verplicht:

- Bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs;
- De behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid indien de medisch adviseur daarom vraagt;
- Aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder wordt tevens verstaan het, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijk second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
- Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking; het is hem niet toe gestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- Binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde gedetineerd is, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
- De originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen vóór 31 december van het jaar volgend op het tweede jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is. Indien de nota's later worden ingediend kan de vergoeding van zorgkosten worden verminderd met de schade die Zorg en Zekerheid daardoor lijdt of zelfs komen te vervallen, voor zover Zorg en Zekerheid door de late indiening in een redelijk belang is geschaad. Alleen originele nota's, of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/zittend ziekenvervoer (zie hiervoor ook www.zorgenzekerheid.nl);
- Voor zover een verwijzing in de polis voor het invoeren van de zorg is vereist, de verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen indien Zorg en Zekerheid hierom vraagt.

29.2

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

29.3

Wanneer de belangen van Zorg en Zekerheid worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft de verzekerde geen recht op zorg dan wel behoeft org en Zekerheid geen kosten te vergoeden.

29.4

- a. Uw rechtsvordering, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd;
- b. Als Zorg en Zekerheid uw verzoek om vergoeding van zorgkosten geheel of gedeeltelijk afwijst, zal Zorg en Zekerheid u hiervan schriftelijk op de hoogte brengen. In geval van afwijzing verjaart uw rechtsvordering op Zorg en Zekerheid door verloop van zes maanden na dagtekening van de schriftelijke afwijzing;
- c. Om te voorkomen dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart, moet u Zorg en Zekerheid binnen de verjaringstermijn schriftelijk mededelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsvordering tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart.

Artikel 30 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

- a. Iedere aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
- b. Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken bij de verzekeringnemer terug;
- c. Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd, de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
- d. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

Artikel 31 Onrechtmatige inschrijving

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

Artikel 32 Premie

32.1 Grondslag van de premie

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

32.2 Berekening van de premie

Grondslag van de premie

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

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

32.3 Korting op de premie voor vrijwillig gekozen eigen risico

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

32.4 Korting op de premie voor collectiviteiten

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

32.5 Korting op de premie voor vooruitbetaling

Bij vooruitbetaling van de premie per halfjaar of jaar krijgt u respectievelijk 1% of 2% korting over de verschuldigde premie bij het vrijwillig gekozen eigen risico.

32.6 Premiebetaling

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

32.7 Schorsing

- a. Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Zorg en Zekerheid na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;
- b. Indien Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtelijke kosten worden tenminste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd in gebreke is;
- c. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Zorg en Zekerheid zijn ontvangen.

32.8 Betaling verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

- a. Met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 3 en 4 komt het eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde;
- b. Indien Zorg en Zekerheid de op grond van deze polis gedekte kosten rechtstreeks heeft vergoed aan een zorgverlener of instelling en hierop nog een eigen risico van toepassing is dan moet de verzekeringnemer/verzekerde het opgelegde eigen risico terugbetalen bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid;
- c. Indien de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:
 1. Zorg en Zekerheid kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen met de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden vanaf de 31ste dag na de aanmaning. U blijft verplicht de betaling van het opgelegde eigen risico te voldoen;

2. Aanspraken op vergoedingen en/of verstrekkingen herleven weer op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag inclusief de kosten door Zorg en Zekerheid is ontvangen. Bij beëindiging van de verzekering zal invordering onmiddellijk plaatsvinden;
3. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die het eigen risico verschuldigd is. De buitengerechtelijke kosten worden ten minste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die het eigen risico verschuldigd is, in gebreke is.

Artikel 33 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

33.1 Kennisgeving

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

33.2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde

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

Artikel 34 Herziening van premie of voorwaarden

1. Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of de grondslag van de premie van de bij Zorg en Zekerheid lopende verzekering en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum, doch tenminste zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer/verzekerde is meegedeeld. Zorg en Zekerheid maakt, eventueel op premienota's, de wijzigingen bekend;
2. De verzekeringnemer/verzekerde die zich met de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag niet kan verenigen, kan door opzegging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging van de verzekering schriftelijk en aangetekend bij Zorg en Zekerheid indienen binnen zes weken nadat de wijziging door Zorg en Zekerheid bekend is gemaakt. Zorg en Zekerheid beëindigt de verze-

- kering met ingang van de datum van de wijziging met restitutie van de reeds voldane vooruitbetaalde premie;
3. Heeft Zorg en Zekerheid voor de dag van inwerkingtreding van de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag geen schriftelijk verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden;
4. Heeft Zorg en Zekerheid binnen zes weken van de gewijzigde grondslag van de premie geen schriftelijk verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd tegen de nieuwe premie;
5. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van de voorwaarden en/of premie, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen (artikelen 11 tot en met 14 uit de Zorgverzekeringswet), daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat.

Artikel 35 Begin en einde van de verzekering

1. a. De verzekering gaat in op de dag waarop Zorg en Zekerheid het volledig ingevulde aanvraagformulier van de verzekeringnemer heeft ontvangen;
- b. Indien Zorg en Zekerheid op basis van de gegevens op het aanvraagformulier niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een verzekering te sluiten en zij in verband daarmee nadere informatie heeft opgevraagd gaat de verzekering in op de dag waarop de laatst bedoelde persoon de benodigde informatie heeft verschaft;
- c. Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonedig in afwijking van artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop de plicht ontstond;
- d. Indien de zorgverzekering ingaat binnen één maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden en/of wijziging van de grondslag van de premie, met toepassing van artikel 7:940 lid 4 van het Burgerlijk Wetboek, is geëindigd door opzegging werkt deze zorgverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
2. De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de verzekeringnemer uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar schriftelijk en aangetekend heeft opgezegd;
3. Nadat Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij Zorg en Zekerheid de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst. Het voorgaande lijdt uitzondering indien Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.
4. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat Zorg en Zekerheid niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 32.7 en onwaarachtige weergave van feiten als bedoeld in artikel 30;
5. De verzekering eindigt in geval van overlijden van de verzekerde. Zorg en Zekerheid dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;
6. De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt;
7. Indien de verzekeringnemer een andere is dan de verzekerde kan de verzekeringnemer Zorg en Zekerheid schriftelijk verzoeken om beëindiging van de verzekering van de verzekerde indien de verzekerde zich intussen elders op grond van de Zorgverzekeringswet heeft verzekerd. Zorg en Zekerheid eindigt de verzekering, en wel met ingang van de eerste dag van de tweede kalender maand, volgend op die waarop het verzoek daartoe door Zorg en Zekerheid wordt ontvangen. De verzekeringnemer dient daartoe bewijs-

stukken, waaruit blijkt dat verzekerde elders op grond van de Zorgverzekeringswet is verzekerd, te overleggen;

8. Indien het schriftelijke verzoek tot opzegging inclusief de benodigde bewijsstukken, als bedoeld in het voorgaande lid, wordt ontvangen voorafgaand aan de dag waarop de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt, wordt de verzekering bij Zorg en Zekerheid beëindigd met ingang van de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat.

Artikel 36 Geschillen

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

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

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

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

4. In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de burgerlijke rechter.
5. Indien u een klacht heeft over de Zorg en Zekerheid gehanteerde formulieren kunt u deze voorleggen aan de NZa. De klacht moet betrekking hebben op formulieren die naar uw oordeel overbodig of te ingewikkeld zijn. De uitspraak van de NZa is aan te merken als een bindend advies.

NZa
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Slotbepaling

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen ten aanzien van deze verzekeringsovereenkomst. In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Aldus door de ledenraad vastgesteld op 27 augustus 2008 met ingang van 1 januari 2009.

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 één van onze winkels of kijken op onze website www.zorgenzekerheid.nl voor meer informatie.

Hoe krijgt u uw nota vergoed?

1. Bewaar alle originele nota's zorgvuldig;
2. Bewaar voor uw eigen administratie een kopie van de nota;
3. Dien uw originele nota in bij Zorg en Zekerheid;
4. De inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het kalenderjaar ná het derde jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
5. 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
t.a.v. de Afdeling Declaraties
Antwoordnummer 12030
2300 VC LEIDEN

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 of te downloaden op www.zorgenzekerheid.nl. De originele nota tezamen met het declaratieformulier kunt u sturen naar:

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

N.B. Ten aanzien van de farmaciekosten in het buitenland dient bij de declaratie tevens het voorschrift van de arts te worden meegezonden.

N.B. Bij buitenlandnota's uit Marokko moeten met betrekking tot farmaciekosten bovendien vignetten en bijsluiters zijn bijgevoegd.

Rubriek F. Waar kunt u terecht voor informatie?