

Polisvoorwaarden 2008
Zorg Zeker Polis

 **zorgverzekeraar**
Dichtbij werkt *beter*

◀ KEER OM VOOR DE
AANVULLENDE VERZEKERINGEN

BEGIN HIER MET
BASISVERZEKERING ▶





Polisvoorwaarden 2008
Zorg Zeker Polis

Geachte verzekerde,

Voor u liggen de polisvoorwaarden van de Zorg Zeker Polis die u bij Zorg en Zekerheid heeft afgesloten. Hierin staan de regels van de zorgverzekering beschreven. Zo vindt u onder welke voorwaarden heeft u recht op vergoedingen of op welke wijze u een vergoeding aanvraagt. In dit voorwoord leggen wij u graag uit wat dit basispakket voor u betekent.

Zorgverzekeringswet

De Zorg Zeker Polis valt onder de Zorgverzekeringswet. De Zorgverzekeringswet is een regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de in deze wet aangewezen verzekeringsplichtigen. Dat wil zeggen dat de inhoud ervan wettelijk is vastgelegd.

De zorgverzekering

Iedereen is verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Zorgverzekeraars hebben de plicht om iedereen te accepteren. De premie mag niet afhangen van gezondheidsrisico of de leeftijd van verzekerden. Iedereen moet zich individueel verzekeren. Kinderen tot 18 jaar zijn gratis verzekerd.

Wettelijk geregeld

De Zorg Zeker Polis bevat een door de overheid vastgesteld pakket van noodzakelijke, op genezing gerichte zorg. Denk bijvoorbeeld aan de huisarts, geneesmiddelen, tandheelkunde voor jeugdigen tot 22 jaar, ziekenhuisopname en andere medisch specialistische zorg. De zorg is getoetst aan de eisen van aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en de noodzaak van collectieve financiering.

De Zorg Zeker Polis van Zorg en Zekerheid

Wanneer u bij ons de Zorg Zeker Polis afsluit, heeft u recht op de zorg zoals omschreven in de Zorgverzekeringswet. Het is belangrijk te weten dat de Zorg Zeker Polis voor de meeste verstrekkingen volgens het naturasysteem werkt en voor een aantal verstrekkingen volgens het restitutiesysteem. Dit betekent dat u gewoonlijk geen rekening ontvangt voor de zorg die onder deze zorgverzekering valt. De zorgverleners declareren rechtstreeks aan ons. U kunt voor een aantal verstrekkingen alléén terecht bij zorg-

verleners/instellingen waarmee Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft. Het grote voordeel hiervan is dat wij u kwalitatieve zorg bieden door voldoende zorg bij u in de buurt te contracteren en door afspraken te maken met zorgverleners over bijvoorbeeld kwaliteit en service. Voor een aantal andere verstrekkingen ontvangt u soms een rekening voor de zorg die onder deze zorgverzekering valt. Eventueel declareert de zorgverlener rechtstreeks aan ons. U bent in een aantal gevallen vrij om te kiezen naar welke zorgverleners/instellingen u gaat. Mocht u te maken hebben met een wachttijd, dan zal Zorg en Zekerheid via het GeZZondTeam verder voor u bemiddelen. U kunt in zo'n geval bellen naar (071) 5 825 828. Met de Zorg Zeker Polis profiteert u dus optimaal van de door ons gemaakte afspraken over de beschikbaarheid van zorg, de kwaliteit en de prijs. Want wij zijn er voor u. Wenst u naar een niet bij ons gecontracteerde zorgverlener te gaan, dan kan dat ook. Let u dan wel op: indien er wel voldoende (bij ons) gecontracteerde zorgverleners in de buurt zijn die dezelfde zorg zoals in de polis is omschreven kunnen leveren, dan wordt maar een deel van de kosten vergoed. Op www.zorgenzekerheid.nl kunt u zien met welke zorgverleners in uw buurt wij een overeenkomst hebben.

Meer weten?

Voor al uw vragen kunt u ons Contact Center bereiken op werkdagen van 08.00 tot 18.00 uur via (071) 5 825 825. Algemene informatie vindt u op www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u terecht in één van onze verzekeringswinkels.

Zorg en Zekerheid

September 2007

Inhoudsopgave

Begripsomschrijvingen	6
Grondslag van de verzekering	10
Geneeskundige zorg	12
Uitsluitingen	30
Verzekeringsvoorwaarden	31
Waar kunt u terecht voor informatie	37

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

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).

6 *Bedrijfsarts*

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal-Geneskundigen 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 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.

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 29.c van het 'Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg' dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist

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

Ergotherapeut

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

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 zorgaanbieder gesloten overeenkomst.

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 Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan 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).

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 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.

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 noodzakelijke zorg in het buitenland

Medisch noodzakelijke zorg die 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 of 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 medischspecialist, 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

Degene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

WMG-tarief

Het tarief zoals vastgesteld krachtens de Wet Marktordening Gezondheidszorg.

Zelfstandig behandelcentrum

Een centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels is toegelaten.

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.

Grondslag van de verzekering

Artikel 2

1. Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub 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;
2. Naast de zorgpolis verstrekt Zorg en Zekerheid als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een inschrijvingsbewijs op vertoon waarvan de verzekerde de zorg, waar op basis van deze polis aanspraak op bestaat, kan invoeren bij een, voor zover de polis dit voorschrijft, door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener;
3. De zorg voor huisartsen (artikel 6), medisch specialistische zorg (artikel 7), kraamzorg (artikel 8), overige medisch specialistische zorg (artikelen 9 tot en met 17), paramedische zorg (artikel 18), farmaceutische zorg (artikel 20), hulpmiddelen (artikel 21), ziekenvervoer (artikel 22), eerstelijnspsychologische zorg (artikel 25.1) en psychiatrische ziekenhuisopname (artikel 26.3) wordt op basis van de zorgpolis, behoudens eigen bijdragen, rechtstreeks door de zorgaanbieder bij Zorg en Zekerheid gedeclareerd. De overeenkomst tussen Zorg en Zekerheid en zorgaanbieder over de hiervoor genoemde zorg omvat in ieder geval afspraken over de hoogte van de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend. Een lijst met gecontracteerde zorgaanbieders wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid en is in te zien via www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels;
4. De kosten van zorg voor prenatale screening (artikel 8.1) verloskundige zorg (artikel 8.2), tandheelkundige zorg (artikel 19) en niet-klinische GGZ (artikel 26.4) 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;
5. De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg zoals 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;

6. De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen;
7. Deze polis staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.

Dekking

Artikel 3

1. Deze polis omvat de aanspraak op zorg dan wel de vergoeding van kosten van zorg voor verzekerden die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekerden;
2. De verzekerde moet voor de benodigde zorg als bedoeld in de artikelen huisartsenzorg (artikel 6), medisch specialistische zorg (artikel 7), kraamzorg (artikel 8), overige medisch specialistische zorg (artikelen 9 tot en met 17), paramedische zorg (artikel 18), farmaceutische zorg (artikel 20), hulpmiddelen (artikel 21), ziekenvervoer (artikel 22), eerstelijnspsychologische zorg (artikel 25.1) en psychiatrische ziekenhuisopname (artikel 26.3) zich wenden tot een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of instelling. Een lijst met gecontracteerde zorgaanbieders wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid en is in te zien via www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels;
3. Indien de voor de verzekerde benodigde zorg als bedoeld in het voorafgaande lid naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
 - a. Het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum-) tarief;
 - b. Indien en voor zover er geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde 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 zonodig algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren;

4. Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling, wordt de vergoeding verlaagd met een bedrag dan wel percentage als genoemd onder de betreffende zorgaanspraak;
5. Aanspraak op vergoeding van kosten met betrekking tot de zorg als bedoeld in artikelen prenatale screening (artikel 8.1), verloskundige zorg (artikel 8.2), tandheelkundige zorg (artikel 19) en niet-klinische GGZ (artikel 26.4) vindt plaats tot maximaal:
 - a. Het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum) tarief;
 - b. Indien en voorzover er geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
6. Indien de voor de verzekerde benodigde zorg als bedoeld in het voorgaande lid naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg niet op redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde, niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden. Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn 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 zonodig algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren;
7. Indien en voor zover in deze polis is bepaald dat toestemming van Zorg en Zekerheid benodigd is alvorens recht op

zorg bestaat, geldt dit zowel voor gecontracteerde als voor niet-gecontracteerde zorg;

8. Indien en voor zover Zorg en Zekerheid meer vergoedt dan waartoe zij krachtens de overeenkomst gehouden is, 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.

Verplicht eigen risico

Artikel 4

1. Op deze polis is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 150,00 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;
 - 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.
2. Voor verzekerden die op 31 december van het in artikel 4, lid 1 bedoelde kalenderjaar jonger dan achttien jaar zijn, geldt geen verplicht eigen risico;
3. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het verplicht eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar;
4. Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend;
5. Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen verplicht eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid;

6. Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het verplicht eigen risico en, indien sprake is van een vrijwillig gekozen eigen risico als bedoeld in artikel 5 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.

Vrijwillig gekozen eigen risico

Artikel 5

1. Op deze polis is per kalenderjaar een vrijwillig gekozen eigen risico per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico is in dat geval vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. De verzekeringnemer heeft het recht te kiezen voor het vrijwillig eigen risico met bijbehorende premiekorting. De kosten die niet van toepassing zijn op het verplichte eigen risico genoemd in artikel 4, lid 1 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;
2. Kosten van zorg die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 4, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken;
3. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het vrijwillig gekozen eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar;
4. 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 risico-bedrag op de volgende wijze berekend:
 - a. Ieder bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor het vrijwillig gekozen risico gold of zal gelden;
 - b. De op grond van artikel 5, lid 1 berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;

c. De uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.

5. Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend;
6. Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid;
7. Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico, en het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 4 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;
8. Wijziging van het geldende vrijwillig gekozen eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 34 lid 2.

Geneeskundige zorg

Artikel 6 Huisartsenzorg

U heeft recht op:

- a. 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);
- b. Geneeskundige hulp door de dienstenstructuur (de huisartsenpost) waarbij de huisarts is aangesloten;
- c. 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 6 onder c;
- een griepvaccinatie op eigen verzoek;
- medische keuringen.

Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling of zorgverlener

Bij hulp voor huisartsenzorg van een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 7 Medisch specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)

7.1 Algemeen

Voor in de artikelen 7 tot en met 17 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 19.

7.2 Ziekenhuisopname

U heeft recht op:

- opname in de laagste klasse van een ziekenhuis 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.

Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening. In geval van spoedeisende zorg vindt een kostenvergoeding plaats van 100% van het marktconforme of WMG-tarief. Een overzicht van de marktconforme tarieven per DBC uit segment B is aan te vragen bij Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825 of te vinden op onze website www.zorgenzekerheid.nl

7.3 Niet-klinische medisch specialistische zorg

U heeft recht op:

- medisch specialistische behandeling in of door een daartoe door Zorg en Zekerheid gecontracteerd ziekenhuis;
- medisch specialistische behandeling in een daartoe door Zorg en Zekerheid gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum;
- medisch specialistische behandeling van de daartoe door Zorg en Zekerheid gecontracteerde 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.

Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling

Bij hulp in een niet-gecontracteerde ziekenhuis/Zelfstandig Behandelcentrum of door een niet-gecontracteerde hulpverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening. Een overzicht van de marktconforme tarieven per DBC uit segment B is aan te vragen bij Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of te vinden op onze website www.zorgenzekerheid.nl

7.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

U heeft recht, met inachtneming van de voorgaande leden, op 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 verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.

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:

1. Behandeling van verlamde of verslachte 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 van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
4. Het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
5. Abdominoplastiek, tenzij er bijvoorbeeld sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooien of van een zeer ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.

Artikel 8 Verloskundige zorg en kraamzorg

8.1 Prenatale screening

Algemeen

De prenatale screening valt onder de Wet Bevolkings Onderzoek (WBO). Voor de hierna genoemde specifieke onderdelen van prenatale screening geldt dat de uitvoe-

rende 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 en omvat de 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 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 combinatietest (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.

8.2 Bevalling en verloskundige zorg

Algemeen

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. 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 7, 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 8.3.

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 € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 104,50 per dag te boven gaat. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico. 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 8.4).

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.

8.3 Kraamzorg

Algemeen

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben recht op kraamzorg zoals kraamverzorgenden deze plegen te bieden

en hetgeen gebruikelijk is. De kraamzorg bestaat uit de inschrijving en intake door het kraamcentrum, de partus-assistentie bij een thuisbevalling en de kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

U heeft recht op:

- Kraamzorg. De omvang van de kraamzorg wordt bepaald door uw persoonlijke situatie na de bevalling. Het aantal uur 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 bevalingsdatum;
- 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 € 3,70 per uur. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

8.4 Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling of zorgverlener

Bij hulp voor kraamzorg van een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG- tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Overige medisch specialistische zorg (exclusief geestelijke gezondheidszorg)

Artikel 9 Revalidatie

U heeft recht op:

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.

Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 10 Orgaantransplantaties

U heeft recht op:

- 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 preservatie, 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 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 of beenmerg 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 gederfde inkomsten;
- de kosten van transplantaties van andere organen.

Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling

Bij hulp in een niet-gecontracteerd ziekenhuis vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 11 Nierdialyse

U heeft bij niet-klinische nierdialyse via hemodialyse of peritoneaaldialyse alsmede de hiermee in verband houdende medisch specialistische zorg verleend in een dialysecentrum recht op:

- 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.

Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 12 Mechanische beademing

U heeft bij noodzakelijke mechanische beademing in een erkend beademingscentrum recht op:

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.

Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor beademing vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief.

De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 13 Oncologische aandoeningen bij kinderen

U heeft recht op: Centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKioN).

Artikel 14 Trombosedienst

U heeft recht op het, op voorschrift van een arts, door de trombosedienst:

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

Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling

Bij hulp door een niet-gecontracteerde trombosedienst vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 15 Erfelijkheidsonderzoek

U heeft recht op:

- 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.

Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsonderzoek vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 16 Audiologische Zorg

U heeft recht op 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.

18

Voorwaarde:

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

Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling

Bij hulp in een niet-gecontracteerd audiologisch centrum vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 17 Fertiliteitsbevordering

U heeft recht op:

- de eerste drie IVF-pogingen per te realiseren zwangerschap per behandelde vrouwelijke verzekerde (inclusief de medicatie);
- operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie in verband met ongewilde kinderloosheid;
- eenmalige donorselectie en conservering van het semen bij Kunstmatige Inseminatie Donor (KID).

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.

Uitsluitingen:

- er bestaat geen recht op vergoeding van de vierde en volgende IVF-poging(en) per te realiseren zwangerschap;
- er bestaat geen recht op vergoeding van medicatie bij fertiliteitsbevorderende behandelingen tenzij er sprake is van de eerste drie IVF-pogingen;
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van zowel man als vrouw.

Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling

Bij hulp in een niet-gecontracteerd vergunninghoudende instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 18 Paramedische zorg

18.1 Algemeen

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie (inclusief de verbijzonderingen bekkenfysiotherapie, manuele therapie, kinderfysiotherapie en oedeemtherapie), oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck zoals is aangegeven in de toepasselijke ministeriële regeling en de WMG en ergotherapie, logopedie en dieetadviesing. 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

18.2 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 uitgevoerd worden 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 te zijn voorgeschreven.

18.3 Algemene voorwaarden oefentherapie

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een oefentherapeut;
- de therapie dient medisch noodzakelijk te zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist zijn voorgeschreven;
- 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.

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

Chronische indicatie

U heeft recht op:

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.

Hulp door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut

Bij een consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut vindt een maximale kostenvergoeding volgens onderstaand schema plaats:

Reguliere zitting fysiotherapie € 23,00

Zitting manuele therapie € 33,00

Zitting oedeemtherapie € 33,00

Zitting kinderfysiotherapie € 33,00

Zitting bekkenfysiotherapie € 33,00

Eénmalig fysiotherapeutisch onderzoek € 44,00

Groepstherapie met een groepsgrootte van 2-4 personen € 23,00

Groepstherapie met een groepsgrootte van 5-10 personen € 12,00

Toeslag aan huis € 11,50

Toeslag instelling € 6,00

Een volledig overzicht van de prestaties, die voor vergoeding in aanmerking komen, zenden wij u desgevraagd toe of kunt u raadplegen op www.zorgzekerheid.nl

Hulp door een niet-gecontracteerde oefentherapeut

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke marktconforme tarief blijven voor uw rekening.

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

Chronische indicatie

U heeft recht op:

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

Niet-chronische indicatie

U heeft recht op:

- 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.

Hulp door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut

Bij een consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut vindt een maximale kostenvergoeding volgens onderstaand schema plaats:

Reguliere zitting fysiotherapie € 23,00

Zitting manuele therapie € 33,00

Zitting oedeemtherapie € 33,00

Zitting kinderfysiotherapie € 33,00

Zitting bekkenfysiotherapie € 33,00

Eénmalig fysiotherapeutisch onderzoek € 44,00

Groepstherapie met een groepsgrootte van 2-4 personen

€ 23,00

Groepstherapie met een groepsgrootte van 5-10 personen

€ 12,00

Toeslag aan huis € 11,50

Toeslag instelling € 6,00

Een volledig overzicht van de prestaties, die voor vergoeding in aanmerking komen, zenden wij u desgevraagd toe of kunt u raadplegen op www.zorgzekerheid.nl

Hulp door een niet-gecontracteerde oefentherapeut

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke marktconforme tarief blijven voor uw rekening.

18.6 Ergotherapie

U heeft recht op:

- advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren 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.

Hulp door een niet-gecontracteerde ergotherapeut

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde ergotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening.

18.7 Logopedie

U heeft recht op 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 taalontwikkelings-

stoornissen (in verband met dialect en/of anderstaligheid).

Hulp door een niet-gecontracteerde logopedist

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde logopedist vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening.

18.8 Dieetadvisering

U heeft recht op:

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.

Hulp door een niet-gecontracteerde diëtist

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde diëtist vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Mondzorg

Artikel 19 Mondzorg

19.1 Algemene bepalingen

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is. De mondzorg kan worden verleend door een 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 tandarts tenzij in de polis uitdrukkelijk anders staat vermeld;
- prothetische voorziening vervaardigd en gedeclareerd door een tandtechnicus komen niet voor vergoeding in aanmerking.

19.2 Mondzorg in bijzondere gevallen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg 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;
- b. 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;
- c. 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.

19.3 Implantaten in tandloze kaak

Onder vergoeding van de kosten van zorg, bedoeld in het artikel 19.2 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 tandloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembaar prothese.

19.4 Orthodontie in bijzondere gevallen

Orthodontische hulp is slechts onder de vergoeding van de kosten van zorg bedoeld in het artikel 19.2, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tandkaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan tandheelkundige noodzakelijk is.

19.5 Mondzorg tot 22 jaar

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan 22 jaar in andere gevallen dan artikel 19.2 onder a tot en met c:

- a. Periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- b. Incidenteel tandheelkundig consult;
- c. Het verwijderen van tandsteen;
- d. 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;
- e. Sealing;
- f. Parodontale hulp;
- g. Anesthesie;
- h. Endodontische hulp, met uitzondering van uitwendig bleken;
- i. Restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- j. Gnathologische hulp;

- k. Tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van de tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- l. Chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- m. Röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

Preventieve behandelingen zoals genoemd in dit artikel onder sub c, d, e en f kunnen op verwijzing van de tandarts ook worden uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist. Behandelingen zoals genoemd in dit artikel onder sub g kunnen alleen in opdracht van een tandarts worden uitgevoerd. Het geven van tandheelkundige voorlichting en instructie, met als doel het gedrag dat de mondgezondheidszorg bevordert, te stimuleren kan op verwijzing van de tandarts uitgevoerd worden door de vrijgevestigd mondhygiënist.

19.6 Mondzorg vanaf 22 jaar

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 22 jaar en ouder in andere gevallen dan artikel 19.2 onder a tot en met c:

- a. Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard 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.

19.7 Eigen bijdrage mondzorg

De verzekerde van 22 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge artikel 19.2 onder a onderscheidenlijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge artikel 19.2 onder b tot gelding brengt, is, indien 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 19.2 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.

19.8 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 19.2, een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,00 per kaak.

19.9 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 de op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of specialist vereist.

19.10 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.

19.11 Voorafgaande toestemming voor behandeling tandarts

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van hulp, bedoeld in artikel 19.2 onder a tot en met c en artikel 19.5 onder I is voorafgaande toestemming van Zorg en Zekerheid vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan bijgevoegd. 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 mondhygiëne ernstig verwaarloost.

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

19.13 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 19.2, 19.3, 19.4, 19.5 en 19.6 in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van Zorg en Zekerheid vereist.

19.14 Gebitsprothese

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding in aanmerking een volledige immediaat-

prothese, 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 20 Farmaceutische zorg

20.1 Algemene bepaling

De omvang van de aanspraak wordt bepaald door de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende Regeling Zorgverzekering. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het door haar vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg, is voor verstrekking van het betreffende geneesmiddel voorafgaande toestemming vereist. Het Reglement maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. 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 telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek te brengen aan onze winkels. Zorg en Zekerheid voert voor farmacie een preferentiebeleid. Voor een nader te bepalen aantal geneesmiddelen geldt dat, indien voor het betreffende geneesmiddel vergelijkbare alternatieven beschikbaar zijn, Zorg en Zekerheid alleen de goedkoopste variant (of varianten binnen een bandbreedte) vergoedt (zie hiervoor het Reglement).

20.2 Geneesmiddelen

U heeft recht op de terhandstelling van:

- de in de Regeling orgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn 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. 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 bestaat alleen op die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling Zorgverzekeringswet 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 heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dient de farmaceutische hulp te zijn voorgeschreven door een (huis)arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en dient te worden geleverd onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts;
- op geleverde farmaceutische zorg is de prescriptieregeling (zie het Reglement) van toepassing;
- op vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen 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 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 aflevering van geneesmiddelen.

Uitsluitingen:

U heeft geen recht op:

- farmaceutische zorg voor in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor verzoek 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.

20.3 Dieetpreparaten voor medisch gebruik

U heeft recht op 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 resorptie- of 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.

20.4 Hulp door en niet-gecontracteerde apotheker of apothekhoudend huisarts

Ten aanzien van farmaceutische zorg van een niet-gecontracteerde apotheker of apothekhoudend huisarts vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van de in het GVS vastgestelde vergoedingslimiet of het marktconforme tarief plaats. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening.

Artikel 21 Hulpmiddelen

De omvang van de aanspraak wordt bepaald door de ministeriële regeling (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen) en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde 'Reglement Hulpmiddelen'. Het 'Reglement Hulpmiddelen' maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het 'Reglement Hulpmiddelen' is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel

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

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.

U heeft recht op:

Verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen, af te leveren door een door Zorg en Zekerheid tot dat doel gecontracteerde leverancier.

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.

Hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Bij aflevering van hulpmiddelen en verbandmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het

marktconforme tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per hulpmiddel. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 22 Ziekenvervoer

22.1 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.

22.2 Ambulancevervoer

U heeft recht op 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:

- a. 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;
- b. Naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
- c. 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.

Uitsluiting:

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

Hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Bij ambulancevervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per rit.

22.3 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie

U heeft recht op:

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 voorzover:

- u nierdialyse moet ondergaan;
- u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen en vervoerd moet worden van en naar een zorgverlener, instelling of woning waarin u zorg zult ontvangen als bedoeld onder artikel 22.2 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 woning als bedoeld onder artikel 22.2 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 22.4;
- 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.

Uitsluiting:

U heeft geen recht op zittend ziekenvervoer wanneer het vervoer wordt gebruikt ten behoeve van weekend- en vakantieverlof.

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig en gedurende meerdere keren per week is aangewezen op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een

onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

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.

22.4 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, dient de verzekerde contact op te nemen met de Zorgvervoercentrale Nederland, telefoonnummer 0900 2 212 223.

22.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 86,00 per verzekerde per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

22.6 Wijze van declareren zittend ziekenvervoer

- de vergoeding voor vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,25 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 26.1 onder f.

Hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Bij vervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per rit. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 23 Buitenland

23.1 Woonachtig in Nederland en tijdelijk verblijvend in een ander EU/EER-land of verdragsland

Dit artikel is ook van toepassing op een verzekerde die in een ander land woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland

of een ander EU/EER-land of verdragsland.

De verzekerde 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;
- hulp door een zorginstelling of hulpverlener die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van kosten van zorg als bedoeld in de artikelen huisartsenzorg (artikel 6), medisch specialistische zorg (artikel 7), kraamzorg (artikel 8), overige medisch specialistische zorg (artikelen 9 tot en met 17), paramedische zorg (artikel 18), farmaceutische zorg (artikel 20), hulpmiddelen (artikel 21), ziekenvervoer (artikel 22), eerstelijnspsychologische zorg (artikel 25.1) en psychiatrische ziekenhuisopname (artikel 26.3) door een niet door Zorg en Zekerheid gecontracteerde hulpverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat in de genoemde artikelen is aangegeven indien hulp binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Voor de vaststelling van de vergoeding geldt het Nederlandse marktconforme tarief 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;
- vergoeding van kosten van zorg als bedoeld in de artikelen prenatale screening (artikel 8.1), verloskundige zorg (artikel 8.2), tandheekkundige zorg (artikel 19) en niet-klinische geestelijke gezondheidszorg (artikel 26.4) tot 100% van het Nederlandse marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening;
- vergoeding van de kosten tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief, indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor invoeren van zorg in een ander land dan het woonland;
- vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme 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;
- vergoeding van de kosten van zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag, dan wel 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;
- 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 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 verdragsystematiek (Europese verzekeringspas). Ter plaatse geldende eigen betalingen tellen mee in het eigen risico.

23.2 Woonachtig in Nederland en tijdelijk verblijvend in een land dat geen EU/EER-land en geen verdragsland is

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

De verzekerde heeft naar keuze recht op:

- hulp door een zorginstelling of hulpverlener die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van kosten van zorg als bedoeld in de artikelen huisartsenzorg (artikel 6), medisch specialistische zorg (artikel 7), kraamzorg (artikel 8), overige medisch specialistische zorg (artikelen 9 tot en met 17), paramedische zorg (artikel 18), farmaceutische zorg (artikel 20), hulpmiddelen (artikel 21), ziekenvervoer (artikel 22), eerstelijnspsychologische zorg (artikel 25.1) en psychiatrische ziekenhuisopname (artikel 26.3) door een niet door Zorg en Zekerheid gecontracteerde hulpverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat in de genoemde artikelen is aangegeven indien hulp binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Voor de vaststelling van de vergoeding geldt het Nederlandse marktconforme tarief 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;
- vergoeding van kosten van zorg als bedoeld in de artikelen prenatale screening (artikel 8.1), verloskundige zorg (artikel 8.2), tandheekkundige zorg (artikel 19) en niet-klinische geestelijke gezondheidszorg (artikel 26.4) tot 100% van het Nederlandse marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening;
- vergoeding van de kosten tot 100% van het Nederlandse

marktconforme of WMG-tarief indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor inroepen van zorg in een ander land dan het woonland;

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

Voorwaarden:

- met uitzondering van spoedzorg is er voor alle zorg 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.

23.3 Woonachtig in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, hulp in woonland

De verzekerde heeft naar keuze recht op:

- hulp volgens de wettelijke regeling van zijn woonland op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- hulp door een zorginstelling of hulpverlener die door Zorg en Zekerheid in het woonland is gecontracteerd;
- vergoeding van kosten van zorg als bedoeld in de artikelen huisartsenzorg (artikel 6), medisch specialistische zorg (artikel 7), kraamzorg (artikel 8), overige medisch specialistische zorg (artikelen 9 tot en met 17), paramedische zorg (artikel 18), farmaceutische zorg (artikel 20), hulpmiddelen (artikel 21), ziekenvervoer (artikel 22), eerstelijnspsychologische zorg (artikel 25.1) en psychiatrische ziekenhuisopname (artikel 26.3) in zijn woonland door een niet door Zorg en Zekerheid gecontracteerde hulpverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat in de genoemde artikelen is aangegeven indien hulp binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Voor de vaststelling van de vergoeding geldt het Nederlandse marktconforme tarief 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;
- vergoeding van kosten van zorg als bedoeld in de artikelen prenatale screening (artikel 8.1), verloskundige zorg (artikel 8.2), tandheelkundige zorg (artikel 19) en niet-klinische geestelijke gezondheidszorg in zijn woonland tot 100% van het Nederlandse marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme

tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening;

- vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of het 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:

- vergoeding van de kosten van zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag, dan wel zoals elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven;
- voor intramurale zorg in het woonland is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid tenzij het een aanspraak volgens de verordening of het verdrag betreft.

23.4 Woonachtig in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, hulp in woonland

De verzekerde heeft naar keuze recht op:

- hulp door een zorginstelling of hulpverlener die door Zorg en Zekerheid in het woonland is gecontracteerd;
- vergoeding van kosten van zorg als bedoeld in de artikelen huisartsenzorg (artikel 6), medisch specialistische zorg (artikel 7), kraamzorg (artikel 8), overige medisch specialistische zorg (artikelen 9 tot en met 17), paramedische zorg (artikel 18), farmaceutische zorg (artikel 20), hulpmiddelen (artikel 21), ziekenvervoer (artikel 22), eerstelijnspsychologische zorg (artikel 25.1) en psychiatrische ziekenhuisopname (artikel 26.3) in zijn woonland door een niet door Zorg en Zekerheid gecontracteerde hulpverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat in de genoemde artikelen is aangegeven indien hulp binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Voor de vaststelling van de vergoeding geldt het Nederlandse marktconforme tarief 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;
- vergoeding van kosten van zorg als bedoeld in de artikelen prenatale screening (artikel 8.1), verloskundige zorg (artikel 8.2), tandheelkundige zorg (artikel 19) en niet-klinische geestelijke gezondheidszorg (artikel 26.4) in zijn woonland tot 100% van het Nederlandse marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening;
- vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of het 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:

- vergoeding van de kosten van zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven;
- voor intramurale zorg in het woonland is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid.

Geestelijke Gezondheidszorg

Artikel 24 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.

Eerstelijnspsycholoog

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 Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoening. De betrokken-

heid 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 25 Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ

25.1 Eerstelijnspsychologische zorg

- voor de eerstelijnspsychologische 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 een 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.

25.2 Aanspraak Eerstelijnspsychologische zorg

U heeft recht op eerstelijnspsychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog die door Zorg en Zekerheid is gecontracteerd. 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 eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar;

- de verzekerde betaalt een eigen bijdrage van € 10,00 per zitting voor eerstelijnspsychologische zorg.

Uitsluiting:

De zorg omvat niet de specialistische zorg bedoeld in artikel 26.

Hulp door een niet gecontracteerde klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog

Bij een consultatie van een niet-gecontracteerde klinisch psycholoog, gezondheidspsycholoog of eerstelijnspsycholoog vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 26 Specialistische GGZ

26.1 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.

26.2 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 eerstelijnspsychologische zorg als bedoeld in artikel 25.

26.3 Psychiatrische ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op 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 behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en genees-

middelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Bij zorg in een niet-gecontracteerd psychiatrisch ziekenhuis vindt een kostenvergoeding van de instelling plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

26.4 Niet-klinische GGZ

U heeft recht op vergoeding van 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.

26.5 Eigen bijdrage

Voor een psychotherapeutische (waar onder ook psychoanalytische) behandeling geldt een eigen bijdrage:

- Voor individuele, groeps- of gezinstherapie betaalt de verzekerde een bijdrage van € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702,00 per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de bijdrage en het maximum gelden per gezin;
- Voor partnerrelatiepsychotherapie is een eigen bijdrage verschuldigd van € 7,80 per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 351,00 per verzekerde per kalenderjaar;
- De bijdrage is niet verschuldigd indien de verzekerde een bijdrage ingevolge artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is verschuldigd.

De verzekerde is de eigen bijdrage rechtstreeks verschuldigd aan de zorgaanbieder.

Artikel 27 Persoonsgebonden Budget

27.1 Persoonsgebonden Budget (PGB)

De verzekerde kan desgewenst, in plaats van de aanspraken van de artikelen 25 en 26, Zorg en Zekerheid verzoeken om een Persoonsgebonden Budget. Voor de aanspraak op een Persoonsgebonden Budget gelden, in aanvulling op de in de

artikelen 25 en 26 aangegeven vereisten, de nadere voorwaarden zoals in het door Zorg en Zekerheid opgestelde Reglement PGB experiment GGZ zijn bepaald.

27.2 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 diagnosebehandeling-combinatie dan wel eerstelijnspsychologische 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 en wordt u desgevraagd toegezonden.

27.3 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.

27.4 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.

27.5 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.

27.6 Overgangsregeling

Een verzekerde die op 31 december 2007 aanspraak had op een Persoonsgebonden Budget op grond van de AWBZ, behoudt die aanspraak ten hoogste tot 31 december 2008. Dit geldt uitsluitend voor de duur van de indicatie, op grond waarvan het budget ingevolge de AWBZ is toegekend. De voorwaarden van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing.

Uitsluitingen

Artikel 28

28.1

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 diende te worden aangevraagd 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 zijn opgenomen in de wettelijke omschrijving van de beroepsuitoefeningen;
- o. Prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft.

28.2

U heeft geen recht voor vergoeding van kosten:

- a. Indien deze het gevolg zijn van schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;

b. Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlogen, onlusten in binnen- en/of buitenland, oproer, opstand, rellen en opstoten, miterij:

1. Indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
 2. De uitsluiting onder artikel 28.2 b.1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten de kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979225);
 3. Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt artikel 28.2 b.2 geen toepassing;
- 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 Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade 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 Terrorisemedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. is op deze polis van toepassing. Het clauseleblad is gedeponereerd op 6 januari 2005 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clauseleblad is te raadplegen via www.terrorisemeverzekerd.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 23 buitenland.

28.3

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 subsidie-regeling of - ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten - een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden.

Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 29

29.1 Algemeen

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

29.2 Opname in een 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.

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

Indien de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis aanspraak heeft op zorg dan wel recht heeft op vergoeding van door hem gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Ten aanzien van de toerekening van een DBC geldt hetgeen is aangegeven in artikel 30, lid 1 f.

29.4 Persoonsregistratie

a. De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet

- Bescherming Persoonsgegevens van toepassing;
- b. 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.

Verplichtingen verzekerde/verzekeringnemer

Artikel 30

30.1

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 toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- Binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde is gedetineerd, 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 jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. 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. Alleen originele nota's, of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorg-

verlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/zittend ziekenvervoer (zie hiervoor ook www.zorgenzekerheid.nl);

- g. Voor zover een verwijzing in de polis voor het invoeren van de zorg is vereist, de verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen indien Zorg en Zekerheid hierom vraagt.

30.2

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

30.3

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 Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden.

Onwaarachtige weergave van feiten

Artikel 31

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

- 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;
- 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 verzekeringnemer terug;
- 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;
- Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

Onrechtmatige inschrijving

Artikel 32

- 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.

Premie

Artikel 33

33.1 Grondslag van de premie

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

33.2 Berekening van de premie

Grondslag van de premie

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

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

33.3 Korting op de premie voor vrijwillig gekozen eigen risico

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

33.4 Korting op de premie voor collectiviteiten

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

33.5 Korting op de premie voor vooruitbetaling

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

33.6 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 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.

33.7 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 premie-vervaldag 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.

33.8 Betaling verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

- a. Met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 4 en 5 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 is verschuldigd. De buitengerechtigde kosten worden ten minste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtigde kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die het eigen risico is verschuldigd, in gebreke is.

Kennisgeving relevante gebeurtenissen

Artikel 34

34.1 Kennisgeving

- 34
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.

34.2 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.

Herziening van premie of voorwaarden

Artikel 35

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 verzekering 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 inwerking-treding 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. 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.

Begin en einde van de verzekering

Artikel 36

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 verzekeringnemer uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar schriftelijk en aangetekend heeft opgezegd;
 3. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat Zorg en Zekerheid niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 33.7 en onwaarachtige weergave van feiten als bedoeld artikel 31;
 4. De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. Zorg en Zekerheid dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
 5. 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;
 6. Indien de verzekeringnemer een andere is dan de verzekerde kan de verzekeringnemer Zorg en Zekerheid schriftelijk verzoeken om beëindiging van de verzekering van de verzekerde indien de verzekerde zich intussen elders op grond van de Zorgverzekeringswet heeft verzekerd. Zorg en Zekerheid eindigt de verzekering, en wel met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand, volgend op die waarop het verzoek daartoe

door Zorg en Zekerheid wordt ontvangen. De verzekeringnemer dient daartoe bewijsstukken, waaruit blijkt dat verzekerde elders op grond van de Zorgverzekeringswet is verzekerd, te overleggen;

7. 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.

Geschillen

Artikel 37

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 over door 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 29 augustus 2007 met ingang van 1 januari 2008.

Waar kunt u terecht voor informatie?

Heeft u vragen dan kunt u onze medewerkers van het Contact Center bellen. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 08.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer (071) 5 825 825. Ook kunt u een bezoek brengen aan 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 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.





