



Actief in Gezondheid

DEEL 2

## Algemene voorwaarden

Per 1 januari 2000

De vorige Algemene voorwaarden zijn hierbij vervallen



## DEEL 2

### Algemene Voorwaarden

per 1 januari 2000

(de vorige Algemene Voorwaarden  
zijn vervallen)

#### A. Raadpleeg volgorde

1. de Polis: deze geeft aan welke verzekeringen u heeft gesloten.
2. het Vergoedingen Overzicht (deel 1): hierin ziet u op welke vergoeding in de gesloten verzekering(en) u recht heeft. Dus voor welke risico's u gedekt bent.
3. de Algemene Voorwaarden (deel 2): hierin staan de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om voor vergoeding in aanmerking te komen.

#### B. Bijverzekeren

In het Vergoedingen Overzicht (deel 1) en de Algemene Voorwaarden (deel 2) kunnen ook verzekeringen en dekkingen staan, die niet op uw polis staan en waarvoor u dus niet verzekerd bent. Voor die kosten krijgt u uiteraard geen vergoeding. Indien u dat wenst, kunt u zich voor die dekking aanmelden. Na acceptatie bent u ook daarvoor verzekerd.

#### C. Collectieve verzekeringen

Het kan ook zijn dat bijverzekeren niet mogelijk is. Bij voorbeeld, omdat die dekking alleen aanwezig is in bepaalde collectieve verzekeringen. Wij delen u dit vooraf mede, om teleurstellingen achteraf te voorkomen.

## Deel 2: Inhoudsopgave

### Algemene Voorwaarden

1.	Woordenlijst .....	5
2.	Vergoeding .....	10
2.1	algemeen .....	10

### Omschrijving Dekking

2.2	Ziekenhuisverpleging .....	12
2.3	Ziekenhuisverpleging, hogere klassen .....	12
2.4	Klinisch specialistische hulp .....	12
2.5	Orgaantransplantatie .....	13
2.6	Nierdialyse .....	13
2.7	Leukemie bij kinderen .....	13
2.8	Chronisch intermitterende beademing .....	13
2.9	Trombosedienst .....	13
2.10	Poliklinische specialistische hulp .....	13
2.11	Revalidatie .....	14
2.12	Geneesmiddelen .....	14
2.13	Alternatieve geneesmiddelen .....	15
2.14	Hulpmiddelen .....	15
2.15	Aanvulling hulpmiddelen .....	16
2.16	Gezichtshulpmiddelen .....	16
2.17	Urofoon .....	16
2.18	ADL-hulpmiddelen .....	16
2.19	Thuisbewakingsmonitor .....	17
2.20	Audiologisch centrum .....	17
2.21	Erfelijkheidsonderzoek .....	17
2.22	Fysiotherapie en oefentherapie .....	17
2.23	Logopedie .....	18
2.24	Stottertherapie .....	18
2.25	Ziekenvervoer .....	18
2.26	Orthodontie .....	19
2.27	Tandheelkundige hulp algemeen .....	19
2.28	Tandheelkundige hulp voor kinderen .....	20
2.29	Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen .....	20
2.30	Tandheelkundige implantaten .....	20
2.31	Kroon- en brugwerk .....	21
2.32	Tandprotheses .....	21
2.33	Verloskundige hulp, kraamzorg en kraamzorg-uitkering .....	21
2.34	Geboorte-uitkering .....	22
2.35	Aanvullende kraamzorg .....	22
2.36	Kraampakket .....	22
2.37	Thuiszorg / verpleegkundige / gezinszorg .....	22
2.38	Huisarts .....	23
2.39	Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen .....	23
2.40	Second opinion .....	23
2.41	Preventie .....	23
2.42	Alternatieve behandelingen .....	24
2.43	Acné-behandeling .....	24
2.44	Psoriasisdagbehandeling en UV-apparatuur .....	24
2.45	Camouflagetherapie .....	24
2.46	Elektrische epilatie .....	25
2.47	Bezoekkosten .....	25

2.48	Logeerkosten .....	25
2.49	Podotherapie .....	25
2.50	Herstellingsoord .....	26
2.51	Therapeutisch kamp .....	26
2.52	Cursussen .....	26
2.53	Eerstelijns psycholoog .....	26
2.54	Organisatie van hulpverlening in het buitenland .....	26
2.55	Tijdelijk verblijf in het buitenland .....	27
2.56	Sport-medisch advies .....	27
2.57	Steunzolen .....	28
2.58	Aanvulling psychiatrie .....	28
2.59	Dieet- en voedingsadviezen .....	28
2.60	Privé-klinieken .....	28
2.61	Manuele lymfdrainage .....	28
2.62	Kuuroorden .....	28
2.63	Invriezen van semen .....	29

**algemene bepalingen**

3.	Grondslag en inhoud .....	29
4.	Aanvragen .....	29
5.	Contractduur .....	29
6.	Premie, wettelijke bijdragen en kosten .....	31
7.	Eigen risico .....	32
8.	Uitsluitingen .....	33
9.	Informatie .....	35
10.	Registratie van persoonsgegevens .....	35
11.	Herziening .....	35
12.	Klachten en geschillen .....	36
13.	Slotbepaling .....	36

## Algemene Voorwaarden

### 1. Woordenlijst

In de Algemene Voorwaarden en het Vergoedingen Overzicht wordt verstaan onder:

**aanvullende verzekering:**

een verzekering, die alleen kan worden aangegaan in combinatie met:

- een hoofdverzekering gesloten bij CZ, of
- een wettelijke verzekering bij het ziekenfonds dat in concernverband met CZ is verbonden, of
- een publiekrechtelijke regeling.

**acupuncturist:**

- een arts, die als acupuncturist in Nederland praktijk houdt, danwel
- een zorgverlener die geen arts is, als acupuncturist in Nederland praktijk houdt en lid is van een in Nederland gevestigde en door CZ erkende vereniging van beroepsgeenoten.

**ADL-hulpmiddelen:**

hulpmiddelen ten behoeve van algemeen dagelijkse levensverrichtingen.

**ambulance:**

een voertuig, ingericht en bestemd voor het vervoer van zieken over de weg.

**apotheker:**

degene, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de wet B.I.G., in Nederland praktijk houdt en geneesmiddelen aflevert.

**arts:**

degene, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de wet B.I.G. en in Nederland praktijk houdt.

**arts manuele geneeskunde en/of orthomanipulatie:**

een arts, die geneeswijzen toepast volgens beginselen van de manuele geneeskunde en orthomanipulatie en als zodanig praktijk houdt.

**audiologische hulp:**

het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psycho-sociale hulp, indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

**A.W.B.Z.:**

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

**B.I.G.:**

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

**bevalling:**

het einde van de zwangerschap na de achttiende week.

**buitenland:**

elk ander land dan Nederland.

**bijkomende kosten:**

de neventarieven die door de instelling op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

**CZ:**

- onderlinge waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Ziektekosten u.a. met betrekking tot een verzekering ten behoeve van particulier verzekerden;
- onderlinge waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep, Aanvullende Verzekering Ziekenfonds u.a. met betrekking tot een verzekering ten behoeve van verzekerden die voor de wettelijke verzekering zijn ingeschreven bij het ziekenfonds dat in concernverband met de CZ is verbonden.

**centrum voor erfelijkheidsonderzoek:**

een in Nederland gelegen instelling die een vergunning van de overheid heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

**chiropractor:**

degene, die als zodanig erkend is door de Nederlandse Chiropractoren Associatie en in Nederland is gevestigd.

**chronische aandoening:**

een blijvende aandoening, die zich permanent, periodiek maar ook incidenteel kan openbaren.

**dagverpleging:**

verpleging in een ziekenhuis, welke korter duurt dan 24 uren en welke in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

**detachering:**

de situatie, dat verzekeringnemer door diens werkgever tijdelijk tewerkgesteld is buiten Nederland en dientengevolge daar woonachtig is. Dit in afwijking van de omschrijving van "tijdelijk verblijf in het buitenland".

**diëtist:**

degene, die als zodanig erkend is conform de voorwaarden als bedoeld in de wet B.I.G. en lid is van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten en/of de Diëtisten Coöperatie Nederland u.a. (D.C.N.).

**eerstelijns psycholoog:**

degene, die als gezondheidspsycholoog geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de wet B.I.G., in Nederland als eerstelijns psycholoog werkzaam is en als eerstelijns psycholoog is opgenomen in het register van eerstelijns psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.).

**Europa:**

Albanië, Algerije, Andorra, Armenië, Azerbeidzjan, de Azoren, België, Bosnië-Herzegovina, Bulgarije, de Canarische Eilanden, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Egypte, Estland, Faroër Eilanden, Finland, Frankrijk, Georgië, Gibraltar, Griekenland, Groot-Brittannië, Hongarije, Ierland, Israël, Italië, Joegoslavië, Kroatië, Letland, Libanon, Libië, Liechtenstein, Litouwen, Luxemburg, Macedonië, Madeira, Malta, Marokko, Moldavië, Monaco, Nederland, Noorwegen, Oekraïne, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, de Russische Federatie (tot de Oeral), San Marino, Slovenië, Slowakije, Spanje, Syrië, Tsjechië, Tunesië, Turkije, Vaticaanstad, Wit-Rusland, IJsland, Zweden en Zwitserland.

**farmaceutische zorg:**

de aflevering van de bij ministeriële regeling aangewezen:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake bloedtransfusie;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

**fysiotherapeut:**

een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de wet B.I.G.. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur.

**gezin:**

de volgende verzekerden, die op het zelfde adres wonen en naar het oordeel van CZ een gemeenschappelijke huishouding voeren:

- gehuwden dan wel personen, die buiten echt duurzaam samenwonen, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van CZ.
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, adoptie- en studerende kinderen tot 18 jaar.
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, adoptie- en studerende kinderen van 18 tot 27 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, uitkering uit hoofde van de Wet op de Studiefinanciering of op buitengewone lastenafrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9, Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990.
- een alleenstaande met één of meerdere kinderen als hierboven vermeld.

**herstellingsoord:**

de in Nederland gevestigde instelling die:

- niet op grond van de wettelijke verzekering of de A.W.B.Z. vergoed, gefinancierd of gesubsidiëerd wordt, en
  - lid is van de Nederlandse Vereniging van Herstelsoordorganisaties,
- alsmede herstellingsoordvereniging Dennenheuvel met Herstelhotel "Overbosch" te Hilversum en herstellingsoordvereniging Willen is Kunnen (WIK) met Herstelhotel "De Kim" te Noordwijk aan Zee.

**homeopaat:**

Een in Nederland gevestigd therapeut, die lid is van de Vereniging Homeopathische Artsen Nederland (V.H.A.N.) en/of de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (N.V.K.H.).

**hoofdverzekering:**

de particuliere verzekering, die gesloten kan worden zonder dat dit in combinatie met een andere verzekering hoeft plaats te vinden.

**huidtherapeut:**

degene, die als zodanig in Nederland praktijk houdt en lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.

**huisarts:**

degene, die als huisarts geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de wet B.I.G. en in Nederland de algemene praktijk houdt.

**hulpmiddelen:**

middelen die in de Uniforme regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

**intermitterend:**

met tussenpozen.

**jaar:**

kalenderjaar.

**kaakchirurg:**

een tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

**kinderfysiotherapeut:**

een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die is ingeschreven in het register van bevoegde kinderfysiotherapeuten van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg.

**kraamcentrum/kraaminrichting:**

een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling/inrichting, alsook de door CZ als zodanig erkende instelling.

**kraamzorg:**

de zorg verleend door een aan het kraamcentrum of de kraaminrichting verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

**laboratoriumonderzoek:**

onderzoek dat door een in Nederland gelegen en door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is toegelaten laboratorium wordt verricht in het kader van een eventuele medische behandeling van een verzekerde.

**logopedist:**

een spraak- en stemkundige, die in het bezit is van een diploma, verstrekt door de Stichting Logopedische Opleidingen, of een daaraan gelijk gesteld danwel gelijk te stellen diploma, en die als logopedist geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

**maand:**

kalendermaand.

**manueel therapeut:**

een in Nederland gevestigde fysiotherapeut als bedoeld in artikel 3 van de wet B.I.G., die als manueel therapeut geregistreerd staat in het register van de Nederlandse Vereniging van Manuele Therapie (N.V.M.T.).

**medische noodzaak:**

de noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen.

**mondhygiënist:**

degene, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in de wet B.I.G..

**natuurgenezer:**

degene, die therapie toepast volgens de beginselen van de natuurgeneeswijzen en lid is van een door CZ erkende vereniging van beroepsgenoten.

**neuraaltherapeut:**

degene, die in Nederland praktijk houdt en de therapie toepast volgens de beginselen van de neuraalgeneeswijzen en lid is van de Belgisch / Nederlandse Vereniging voor Neurale- en Regulatietherapie (B.N.V.N.R.).

**oefentherapeut-Cesar/oefentherapeut-Mensendieck:**

degene die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie en in Nederland praktijk houdt.

**Ombudsman Zorgverzekeringen:**

het instituut, gevestigd te Den Haag (Postbus 93560, 2509 AN te Den Haag) en ingesteld door Zorgverzekeraars Nederland, dat klachten van verzekerden behandelt op het terrein van de ziekenfondsverzekering, de A.W.B.Z. en de particuliere verzekering en daarin bemiddelt tussen verzekerden en CZ, tenzij bij wet of (andere) overeenkomst een andere klachtenregeling is aange-  
wezen.

**opname:**

de aanvang van een verblijf van één of meer verpleegdagen (langer dan 24 uur) in een erkende instelling, indien en zolang medische noodzaak bestaat voor verpleging, onderzoek en behandeling die uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl voor onafgebroken behandeling door een specialist of kaakchirurg medisch noodzaak bestaat.

**orthodontist:**

een tandarts, die staat ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

**osteopaat:**

degene, die als osteopaat D.O.-M.R.O. of osteopaat M.R.O. staat geregistreerd in het Nederlandse Register voor Osteopathie (N.R.O.) en als zodanig praktijk houdt.

**podotherapeut:**

een in Nederland gevestigde podotherapeut, die als zodanig praktijk houdt en lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (N.V.v.P.).

**prothese:**

hulpmiddel, dat dient ter vervanging van een lichaamsdeel.

**publiekrechtelijke regeling:**

de regeling, welke ten behoeve van deelnemers en hun gezinsleden voorziet in een tegemoetkoming in hun ziektekosten en welke wordt uitgevoerd door het Instituut Zorgverzekering Ambtenaren Nederland (I.Z.A. Nederland), de Interprovinciale Ziektekosten Regeling (I.Z.R.) of de Dienst Geneeskundige Verzorging Politie (D.G.V.P.).

**repatriëring:**

ziekenvervoer van een verzekerde tussen enerzijds diens tijdelijke verblijfplaats of de plaats van ongeval, plotselinge ziekte of behandeling in het buitenland en anderzijds de plaats van behandeling of verpleging in Nederland of diens wettelijk adres of woonadres.

**revalidatie:**

onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een specialist.

**R.I.A.G.G.:**

regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg als bedoeld bij of krachtens de A.W.B.Z..

**schoonheidsspecialist(e):**

degene, die als zodanig in Nederland praktijk houdt en een door CZ erkende, voortgezette opleiding heeft gevolgd.

**SOS International:**

B.V. Nederlandse Hulpverleningsorganisatie S.O.S. International te Amsterdam.

**specialist:**

de arts, die als medisch specialist geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de wet B.I.G. en in Nederland als medisch specialist praktijk houdt.

**spoedeisend:**

medisch niet verantwoord om het verlenen van hulp uit te stellen.

**T.I.P.:**

Stichting Tandheelkundige Informatie Punten.

**tandarts:**

een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de wet B.I.G..

**tandheelkundige noodzaak:**

de noodzaak van behandeling volgens algemeen erkende tandheelkundig-wetenschappelijke overwegingen.



**tandprotheticus:**

een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

**thuiszorg:**

hulp ten huize van de verzekerde. Deze hulp omvat verpleging of verpleging in combinatie met verzorging voor één of meer dagdelen, die verband houdt met de aandoening waarvoor zowel opname, specialistische behandeling alsook verblijf in een ziekenhuis zijn aangewezen.

**tijdelijk verblijf in het buitenland:**

de aanwezigheid op een plaats buiten Nederland gedurende ten hoogste een in het Vergoedingen Overzicht vastgestelde ononderbroken periode, zonder dat men de kennelijke bedoeling heeft daar het middelpunt van diens maatschappelijke activiteiten te hebben.

**UPT-code:**

de code "Uniforme Particuliere Tarieven", die landelijk gebruikt wordt om tandheeskundige verrichtingen te kunnen benoemen.

**verloskundige:**

degene, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de wet B.l.G. en in Nederland praktijk houdt.

**verpleegkundige:**

degene, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de wet B.l.G. en in Nederland praktijk houdt.

**verzekeraar:**

zie "CZ".

**verzekerde:**

degene, die als zodanig op de polis vermeld staat.

**verzekering:**

een overeenkomst van verzekering met als onderwerp:

- een hoofdverzekering,
- een aanvullende verzekering,
- een combinatie van een hoofdverzekering met een of meer aanvullende verzekering(en), of
- een combinatie van aanvullende verzekeringen.

**verzekeringnemer:**

degene met wie de verzekering is gesloten en op wiens naam de polis is gesteld.

**verzekeringsvoorwaarden:**

de Algemene Voorwaarden en het Vergoedingen Overzicht, die betrekking hebben op de verzekeringen, die de verzekeringnemer heeft gesloten.

**week:**

een periode van zeven achtereenvolgende dagen beginnende op de maandag.

**wettelijke verzekering:**

verzekering van rechtswege ingevolge de Ziekenfondswet.

**wijziging van verzekering:**

iedere verandering in de gesloten verzekering(en), zodat alle gesloten verzekeringen worden beëindigd en tenminste één van die verzekeringen opnieuw wordt aangegaan.

**woonland:**

het land, waar de verzekerde naar feitelijke omstandigheden beoordeeld woont met uitsluiting van Nederland.

**ziekenfonds:**

een ziekenfonds in de zin van de Ziekenfondswet.

**ziekenhuis:**

een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten.

**ziekenvervoer:**

het vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto, helikopter of eigen auto tussen:

- enerzijds diens wettelijke of woonadres of plaats van ongeval of plotselinge ziekte en
- anderzijds de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging,

indien en voorzover openbaar vervoer volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen niet mogelijk is.

Ingeval van ziekte of ongeval gedurende tijdelijk verblijf in het buitenland wordt onder ziekenvervoer verstaan het spoedeisend vervoer van een verzekerde per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto tussen:

- enerzijds diens tijdelijke verblijfplaats of de plaats van ongeval, plotselinge ziekte of behandeling in het buitenland en
- anderzijds de plaats van behandeling of verpleging in òf het buitenland òf Nederland of diens wettelijke of woonadres,

Ingeval van ziekte of ongeval gedurende tijdelijk verblijf in het buitenland wordt onder ziekenvervoer niet verstaan het vervoer per helikopter in of vanuit het buitenland.

**ziekenverzorg(st)er:**

degene, die als zodanig geregistreerd staat conform de door de overheid gestelde regels en als zodanig in Nederland diens beroep uitoefent.

**zorgverlener:**

de persoon of instelling, die gevestigd is in Nederland en bevoegd is medische, tandheelkundige of verpleegkundige hulp of zorg te verlenen.

**Zorgverzekeraars Nederland:**

Vereniging Zorgverzekeraars Nederland, gevestigd te Zeist.

## 2. Vergoeding

### 2.1. Algemeen

2.1.1. Behandelingen, consulten, leveringen, opname en verrichtingen worden in deze Algemene Voorwaarden beschreven. Of en in welke omvang kosten van deze behandelingen, consulten, leveringen, opname en verrichtingen voor vergoeding in aanmerking komen, wordt vastgesteld in het Vergoedingen Overzicht. Dit is afhankelijk van de door de verzekeringnemer gesloten verzekering(en) als vermeld op de polis. Voor de betreffende behandelingen, consulten, leveringen, opname en verrichtingen dienen medische of tandheelkundige noodzaak en door of namens CZ met de zorgverlener overeengekomen tarieven te bestaan. Zijn geen tarieven overeengekomen, dan vergoedt CZ betreffende kosten op basis van tarieven, die krachtens de wet door het daartoe bevoegde orgaan zijn vastgesteld of goedgekeurd voor de desbetreffende instelling of zorgverlener. Ingeval in het Vergoedingen Overzicht wordt verwezen naar delen van bepalingen in deze Algemene Voorwaarden en niet naar andere delen van die bepalingen, zijn deze andere delen ook van kracht indien zij betrekking hebben op uitsluiting van dekking of op andere onderwerpen dan inhoud of omvang van vergoeding.

2.1.2. De door de verzekerde gemaakte kosten komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking, indien en vanaf het moment, dat aan alle hierna volgende voorwaarden voor zover die ter beoordeling aan CZ van toepassing zijn, is voldaan.

- a. Indien zulks in de betreffende bepalingen als vereiste staat vermeld dient voor behandeling, opname, verpleging of consult vooraf door CZ schriftelijk toestemming verleend te worden, welke ten hoogste gedurende 365 dagen na verlening van kracht is en waaraan tevens door CZ nadere voorwaarden verbonden kunnen worden.
- b. Behandeling, opname, verpleging of consult dienen plaats te vinden op verzoek of voorschrift van de huisarts, tandarts of specialist, indien zulks in de betreffende bepalingen als vereiste staat vermeld.
- c. Opname in een ziekenhuis behoort binnen 24 uur aan CZ medegedeeld te worden. Indien opname in een ziekenhuis in het buitenland plaatsvindt, dient dit binnen 24 uur aan SOS International medegedeeld te worden.
- d. Rekeningen en kwitanties behoren binnen twaalf maanden na afloop van het jaar, waarin de verrichting heeft plaatsgevonden, en op een zodanig gespecificeerde wijze bij CZ ingediend te zijn, dat afwikkeling volgens de verzekeringsvoorwaarden mogelijk is.
- e. Ingediende rekeningen en kwitanties moeten origineel zijn of staan vermeld op voor computers leesbare media, afkomstig van zorgverleners.
- f. De kosten worden vergoed tot ten hoogste de door de verzekerde werkelijk gemaakte kosten.
- g. Indien de behandelingen, consulten, verpleging en dergelijke plaats behoren te vinden in een instelling of inrichting, komen de hiermee gemoede kosten uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als de betreffende instelling of inrichting beschikt over een geldige door de Minister verleende erkenning.
- h. De behandelingen, consulten, leveringen, opname en verrichtingen dienen te hebben plaatsgevonden in de periode, gedurende welke de dekking van de verzekering van kracht is.

- i. De verzekeringnemer en de verzekerde dienen zich te onthouden van ieder handelen of nalaten dat eventuele verhaalsrechten van CZ zou kunnen schaden. Voorts zijn verzekeringnemer en verzekerde verplicht mede te werken, zodat CZ eventuele verhaalsrechten kan realiseren.
- j. Het eigen risico in het betreffende jaar dient tot f 0,00 te zijn gereduceerd. Dit geldt niet voor kosten, welke zijn gemaakt in het buitenland.
- k. Kosten van behandelingen, verplegingen, consulten, verrichtingen en leveringen behoren gedeclareerd te worden door de zorgverlener, de instelling of de inrichting, die de gedeclareerde handeling heeft verricht of onder wiens beroepsmatig medische of tandheelkundige verantwoordelijkheid deze heeft plaatsgevonden.
- l. In aanvulling op de verstrekkingen van de A.W.B.Z. of de wettelijke verzekering kunnen bepaalde kosten voor vergoeding in aanmerking komen, indien:
  - voor de aan de verstrekkingen ten grondslag liggende behandelingen en verrichtingen medische noodzaak bestaat, en
  - voor de verzekerde een verzekering is gesloten, die voorziet in een dergelijke aanvullende vergoeding, en
  - de verzekerde bij CZ tevens staat ingeschreven als verzekerde ingevolge de A.W.B.Z. respectievelijk bij het ziekenfonds, dat in concernverband is verbonden met CZ, staat ingeschreven als verzekerde ingevolge de Ziekenfondswet, en
  - de kosten betrekking hebben op verstrekkingen, die bij of krachtens de A.W.B.Z. respectievelijk de Ziekenfondswet deel uitmaken van het verstrekkingenpakket van de A.W.B.Z. respectievelijk de wettelijke verzekering, en
  - de verstrekking ingevolge toepassing van regels of richtlijnen bij of krachtens de A.W.B.Z. respectievelijk de Ziekenfondswet niet is afgewezen, en
  - de kosten gedeeltelijk voor rekening komen van de A.W.B.Z. respectievelijk de wettelijke verzekering.
- m. Indien naast de hoofdverzekering een aanvullende verzekering is gesloten en kosten geheel of gedeeltelijk onder beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen, worden deze kosten eerst afgewikkeld ingevolge de hoofdverzekering. Indien de kosten niet meer of niet meer geheel ingevolge de hoofdverzekering voor vergoeding in aanmerking komen, worden deze onvergoede kosten ingevolge de aanvullende verzekering afgewikkeld. In de aanvullende verzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking de kosten, die onder het eigen risico vallen van de hoofdverzekering, dat van kracht is op meerdere of alle rubrieken tezamen van die hoofdverzekering.
- n. Indien sprake is van een gemaximeerde vergoeding die eenmalig wordt gegeven, is deze vergoeding van kracht tijdens de gehele periode dat men bij CZ is verzekerd, ongeacht wijziging van verzekering of stilziggende verlenging van de contractduur.

2.1.3. Indien en voor zover CZ bij betaling aan de zorgverlener meer vergoedt dan waartoe hij bij of krachtens wet of overeenkomst met die zorgverlener gehouden is, wordt de verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde geacht aan CZ te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van CZ van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

2.1.4. Indien CZ van een zorgverlener een rekening ontvangt met betrekking tot zorg, die overeenkomstig de afgesloten verzekering(en) voor vergoeding in aanmerking komt, wordt de verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde geacht aan CZ te hebben verleend een volmacht tot betaling van deze rekening aan de zorgverlener. Als CZ de rekening aan de zorgverlener betaalt, is CZ ten opzichte van zowel verzekerde als verzekeringnemer gekwetten van de verplichting tot vergoeding van de door de zorgverlener gedeclareerde kosten. Indien verzekeringnemer of verzekerde op grond van de verzekeringsvoorwaarden tengevolge van bij voorbeeld eigen risico, eigen bijdrage of gemaximeerde vergoeding tegenover CZ geen aanspraak op vergoeding of aanspraak op een geringere vergoeding zou hebben dan het bedrag dat aan de zorgverlener is betaald, is verzekeringnemer verplicht dit verschil aan CZ te betalen. Indien de premie door de verzekeringnemer verschuldigd is, vindt betaling van het hiervoor genoemde verschil plaats op de wijze waarop de premiebetaling plaatsvindt.

2.1.5. Vergoeding van buiten Nederland gemaakte kosten vindt plaats in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel met inachtneming van de verrekeningskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door CZ zijn ontvangen.

2.1.6. Bij tijdelijk verblijf in het buitenland komen uitsluitend kosten aldaar voor vergoeding in aanmerking, welke:

- a. voortvloeien uit medische hulp met een spoedeisend karakter, en
- b. betrekking hebben op door een in het buitenland gevestigde zorgverlener aldaar verrichte diensten of door een in het buitenland gevestigde leverancier aldaar geleverde goederen, en
- c. niet voortvloeien uit de ten tijde van het vertrek naar het buitenland bestaande, vooropgezette bedoeling om aldaar de betreffende behandeling te ondergaan, en
- d. ten tijde van het vertrek naar het buitenland redelijkerwijs niet voorzienbaar waren.

2.1.7. Indien een zorgverlener of leverancier buiten Nederland is gevestigd en aldaar diensten verricht respectievelijk goederen levert, moet deze voldoen aan de eisen, die wetten, regels en richtlijnen van het land van vestiging aan diens beroepsuitoefening stellen.

### ***omschrijving dekking***

#### **2.2. Ziekenhuisverpleging**

(toestemming CZ en voorschrift arts vereist)

2.2.1. Ingeval van opname komen voor vergoeding in aanmerking de verpleegkosten in de derde klasse gedurende een onafgebroken periode van maximaal 365 dagen.

2.2.2. Dagverpleging komt voor vergoeding in aanmerking.

2.2.3. Ingeval van opname van moeder en kind waarbij slechts voor een van beiden een medische noodzaak voor opname bestaat, komen verpleegkosten voor vergoeding in aanmerking, indien:

- a. het kind de leeftijd van drie maanden nog niet heeft bereikt, en
- b. het kind borstvoeding krijgt, en
- c. de verpleegkosten betrekking hebben op een verzekerde, ook al bestaat voor deze verzekerde geen medische noodzaak tot opname.

2.2.4. De kosten van onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum (N.A.D.) te Davos, indien en voorzover de noodzaak tot opname is vastgesteld na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in Nederland. CZ dient op desbetreffend verzoek voorafgaand toestemming te hebben verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden bepaald.

#### **2.3. Ziekenhuisverpleging, hogere klassen**

(toestemming CZ en voorschrift arts vereist)

2.3.1. Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten met betrekking tot ziekenhuisverpleging gemaakt voor de verzekerde klasse, indien die hoger is dan de derde klasse

2.3.2. Indien ten behoeve van een verzekerde, die voor klasse 2/2B of 2A verzekerd is, verpleegkosten worden gemaakt in de 1e of 2e klasse van een ziekenhuis met slechts één enkele 2e klasse, vindt vergoeding plaats overeenkomstig het tarief van de 2e klasse van dat ziekenhuis.

2.3.3. Indien een verzekerde wordt opgenomen en verpleegd in een lagere ziekenhuisklasse dan waarvoor deze verzekerd is, komt na een verzoek van de verzekerde een bedrag per verpleegdag voor uitkering in aanmerking tot een in het Vergoedingen Overzicht genoemd maximum aantal verpleegdagen.

#### **2.4. Klinisch specialistische hulp**

(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.4.1. Ingeval van opname en verpleging in een ziekenhuis of van dagverpleging komen kosten van de daar door de specialist verleende hulp en de bijkomende kosten voor vergoeding in aanmerking.

2.4.2. Voor vergoeding komen in aanmerking kosten van vormverbeterende of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk door middel van plastische chirurgie of laserbehandelingen, indien sprake is van een verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

## 2.5. Orgaantransplantatie

(toestemming CZ en voorschrift arts vereist)

2.5.1. Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van:

- a. transplantatie van uitsluitend de donorweefsels huid, hoornvlies, beenmerg en bot, en de donororganen nier, nier-pancreas (gecombineerd), hart, long, hart-long (gecombineerd) en lever(orthotoop), de laatste gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger, een en ander voor zover het een indicatiegebied betreft dat algemeen voor de betreffende vorm van transplantatie is aanvaard;
- b. weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (N.T.S.).

2.5.2. Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse, waarvoor hij of zij is verzekerd, en van medische behandeling gedurende een periode van ten hoogste drie maanden na ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal is opgenomen, mits die behandeling verband houdt met een orgaantransplantatie, welke op grond van deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komt.

## 2.6. Nierdialyse

(toestemming CZ en voorschrift arts vereist)

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van nierdialyse zowel in een ziekenhuis (klinisch en poliklinisch) als bij de verzekerde thuis. Ingeval van thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, indien en voorzover CZ op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

## 2.7. Leukemie bij kinderen

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (S.N.W.L.K.).

## 2.8. Chronisch intermitterende beademing

(voorschrift arts vereist)

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten verband houdende met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten verband houdende met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur op de verblijfplaats van de verzekerde.

## 2.9. Trombosedienst

(voorschrift arts vereist)

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van hulp door een trombosedienst.

## 2.10. Poliklinische specialistische hulp

2.10.1. Kosten van de door een specialist of kaakchirurg verleende hulp en de bijkomende kosten, anders dan in het kader van opname en verpleging in een ziekenhuis, komen in aanmerking voor vergoeding. Onder deze hulp dient tevens te worden verstaan mond- en kaakchirurgie. (voorschrift arts vereist)

2.10.2. Voor vergoeding komen in aanmerking kosten van vormverbeterende of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk door middel van plastische chirurgie of laserbehandelingen, indien sprake is van een verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.  
(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

## 2.11. Revalidatie

(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.11.1. Van revalidatie, die overeenkomstig navolgende bepalingen voor vergoeding in aanmerking komt, is sprake indien:

- a. revalidatie voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat, en
- b. de verzekerde met die hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die gegeven diens beperkingen redelijkerwijze mogelijk is, en
- c. de revalidatie plaatsvindt in een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten en/of erkende instelling voor revalidatie.

2.11.2. Ingeval van revalidatie zonder opname (deeltijd- of dagbehandeling) komen de kosten voor vergoeding in aanmerking. Kosten van klinische revalidatie komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking, indien sprake is van een meerdaagse opname en daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

2.11.3. Kosten van revalidatie komen voor vergoeding in aanmerking, indien:

- a. de indicatie voor revalidatiezorg is gesteld overeenkomstig de landelijk gemaakte afspraken daaromtrent, en;
- b. door of namens de verzekerde vooraf toestemming aan CZ is gevraagd en CZ als bewijs van diens toestemming aan de betreffende instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan, dat tenminste dient te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

## 2.12. Geneesmiddelen

(voorschrift arts vereist)

2.12.1. Kosten van geneesmiddelen begrepen onder farmaceutische zorg, overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, komen voor vergoeding in aanmerking, mits:

- a. aflevering heeft plaatsgevonden door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts, tenzij CZ anders bepaalt, en
- b. op voorschrift van een arts, tandarts of verloskundige, en
- c. dat geneesmiddel de stof bevat, waarvan de stofnaam op het voorschrift is vermeld.

De Regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

2.12.2. Per voorschrift komen geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking gedurende een periode van maximaal:

- vijftien dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- zes maanden, indien het orale anticonceptiva betreft;
- drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van een chronische ziekte, met uitsluiting van hypnotica en anxiolytica;
- vijftien dagen, indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;
- een maand in overige gevallen.

2.12.3. Op de 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 wordt gesteld. Voor zover kosten van geneesmiddelen

hoger zijn dan de voor die geneesmiddelen geldende vergoedingslimiet, komen deze niet voor vergoeding in aanmerking. Geneesmiddelen waarvoor geen limiet is vastgesteld, komen in beginsel niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij de Regeling Farmaceutische Zorg of CZ anders bepaalt.

2.12.4. Kosten van dieetpreparaten komen overeenkomstig de Regeling Dieetpreparaten, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, voor vergoeding in aanmerking na voorafgaande toestemming van CZ. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking, als sprake is van een ernstige slikstoornis, ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis. (toestemming CZ vereist)

2.12.5. Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking, als sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

2.12.6. Als farmaceutische zorg in de zin van dit artikel komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- a. alternatieve geneesmiddelen als bedoeld in artikel 2.13.;
- b. niet-WTG geneesmiddelen (zelfzorggeneesmiddelen), behalve de middelen die op grond van de Regeling Farmaceutische Zorg door een arts voor chronisch gebruik zijn voorgeschreven met betrekking tot een chronische aandoening;
- c. geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;
- d. ongeregistreerde farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte, vooraf toestemming door CZ is gegeven en de Hoofdinspecteur van Volksgezondheid toestemming van invoer van dat farmaceutisch product heeft verleend voor het daarbij aangegeven doel;
- e. voedingssupplementen;
- f. vaccins ter bescherming tegen besmettelijke ziekten, tenzij opgenomen in de Regeling Farmaceutische Zorg.

### 2.13. Alternatieve geneesmiddelen

2.13.1. Onder alternatieve geneesmiddelen worden verstaan en komen als zodanig voor vergoeding in aanmerking middelen, die:

- a. bij of krachtens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen of producten worden aangemerkt, en
- b. zijn voorgeschreven door een arts, tandarts, verloskundige of zorgverlener voor alternatieve behandelingen, mits de zorg verleend door genoemde zorgverleners is verzekerd, en
- c. zijn afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend arts. (voorschrift arts vereist)

2.13.2. Onder alternatieve geneesmiddelen worden niet begrepen:

- a. geneesmiddelen, die geheel of gedeeltelijk als reguliere geneesmiddelen als bedoeld in artikel 2.12. worden vergoed;
- b. middelen die (nog) niet zijn geregistreerd als bedoeld in de Wet op de geneesmiddelenvoorziening;
- c. niet-WTG geneesmiddelen (zelfzorggeneesmiddelen) die niet vergoed worden onder de regeling Farmaceutische Zorg van de hoofdverzekering;
- d. de eigen bijdrage ingevolge de regeling Farmaceutische Zorg van de hoofdverzekering, tenzij die eigen bijdrage uitdrukkelijk op een vergoedingen overzicht als vergoeding staat vermeld en dus is meeverzekerd.

### 2.14. Hulpmiddelen

(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.14.1. De kosten van aanschaf, danwel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, komen overeenkomstig de Uniforme regeling Hulpmiddelen zoals deze door Zorgverzekeraars Nederland is vast-

gesteld, voor vergoeding in aanmerking. Deze regeling maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. De hulpmiddelen dienen naar het oordeel van CZ noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn.

2.14.2. Het recht op vergoeding van de kosten van aanschaf danwel van bruikleen bestaat uitsluitend indien en voorzover CZ op een daartoe strekkend verzoek tevoren toestemming heeft gegeven, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

2.14.3. Kosten van of tengevolge van normaal gebruik (onder andere energieverbruik en slijtage) zijn voor rekening van verzekerde, tenzij in de Uniforme regeling Hulpmiddelen anders is bepaald.

2.14.4. Ingeval van bruikleen zijn kosten van vervoer, technisch onderhoud, reparatie, reiniging en ontsmetting van de apparatuur en toebehoren en voorts de kosten van verbruikte producten en materialen (zoals bij voorbeeld zuurstof) voor rekening van CZ, behoudens wanneer deze kosten aan verzekerde zijn toe te rekenen wegens onzorgvuldig gebruik.

## 2.15. Aanvulling hulpmiddelen

2.15.1. Voor zover kosten van aanschaf, herstel en correctie van hulpmiddelen als bedoeld in de Uniforme regeling Hulpmiddelen niet volledig voor vergoeding in aanmerking komen, wordt een vergoeding gegeven voor:

- a. een uitwendige mammaprothese;
- b. orthopedische schoenen voor verzekerden tot 16 jaar;
- c. orthopedische schoenen voor verzekerden vanaf 16 jaar;
- d. een pruik;
- e. (gereserveerd);
- f. een hoortoestel;
- g. een ringleiding.

2.15.2. Kosten van een steunpessarium en het plaatsen daarvan komen voor vergoeding in aanmerking, wanneer het steunpessarium wordt geplaatst door een huisarts.

## 2.16. Gezichtshulpmiddelen

2.16.1. Ingeval van aanschaf van gezichtshulpmiddelen op sterkte worden de kosten vergoed van:

- a. contactlenzen;
- b. brillenglazen;
- c. een brilmontuur, gelijktijdig aangeschaft met brillenglazen.

2.16.2. Onder gezichtshulpmiddelen als bedoeld in dit artikel worden niet begrepen:

- a. brilmonturen welke niet gelijktijdig met brillenglazen worden aangeschaft, en
- b. niet-optische middelen zoals lensvloeistof, brillenkokers en brillenkoordjes, en
- c. service-contracten en verzekeringen met betrekking tot gezichtshulpmiddelen, en
- d. optische hulpmiddelen niet op sterkte, zoals zonnebrillen of contactlenzen op kleur.

## 2.17. Urofoon

2.17.1. De kosten van koop van de urofoon en de bijbehorende bandage komen voor vergoeding in aanmerking, indien de urofoon wordt betrokken van een zorgverlener met wie CZ daarover afspraken heeft gemaakt.

2.17.2. In het geval dat de urofoon wordt gehuurd, komen kosten van huur en de bijbehorende bandage voor vergoeding in aanmerking.

## 2.18. ADL-hulpmiddelen (toestemming CZ vereist)

Ten behoeve van chronisch zieken, bejaarden en gehandicapten met ernstige gewrichtsaandoeningen of neurologische stoornissen komen kosten van koop van ADL-hulpmiddelen voor



een vergoeding in aanmerking, indien de koop betrekking heeft op:

- a. aangepast bestek; of
- b. aankleedstokjes; of
- c. een kousenuittrekker; of
- d. een zogenaamde helping hand; of
- e. een leesstandaard.

## **2.19. Thuisbewakingsmonitor**

(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

Op aanvraag van een kinderarts verschaft CZ aan de daarom verzoekende verzekerde voor een in het Vergoedingen Overzicht vastgestelde periode een thuisbewakingsmonitor in bruikleen. Verlenging van deze periode met een in het Vergoedingen Overzicht vastgestelde periode kan op aanvraag van een kinderarts plaatsvinden na toestemming van CZ. Aan deze bruikleenverstrekking zijn voor verzekeringnemer geen kosten verbonden.

## **2.20. Audiologisch Centrum**

(voorschrift arts vereist)

De kosten van audiologische hulp door een daartoe door een bevoegde overheidsinstantie erkend audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts komen voor vergoeding in aanmerking.

## **2.21. Erfelijkheidsonderzoek**

De kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek na verwijzing door huisarts of specialist komen voor vergoeding in aanmerking. Deze hulp omvat onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psycho-sociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan verzekerde, omvat het onderzoek tevens onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens adviesing plaatsvinden.

(voorschrift arts vereist)

## **2.22. Fysiotherapie en oefentherapie**

2.22.1. Kosten van fysiotherapie door een fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapie Mensendieck / oefentherapie Cesar door een oefentherapeut Mensendieck of oefentherapeut Cesar komen op voorschrift van huisarts of specialist voor vergoeding in aanmerking. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van behandelingen kinderfysiotherapie door een kinderfysiotherapeut, verleend aan kinderen tot 18 jaar.

(voorschrift arts vereist)

2.22.2. Indien daartoe geïndiceerd komen kosten van verlenging van kinderfysiotherapie door een kinderfysiotherapeut en oefentherapie Mensendieck / oefentherapie Cesar door een oefentherapeut Mensendieck / Cesar op verwijzing van de huisarts of specialist na vooraf verleende toestemming van CZ voor vergoeding in aanmerking.

(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.22.3. Indien de verzekerde een aandoening heeft, welke voorkomt op de door Zorgverzekeraars Nederland vastgestelde lijst met chronische aandoeningen en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck / oefentherapie Cesar, heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten van het noodzakelijk aantal zittingen. Vooraf is toestemming van CZ vereist, waaraan nadere voorwaarden kunnen worden verbonden. De lijst met chronische aandoeningen maakt onderdeel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.22.4. Indien daartoe geïndiceerd komen kosten van voortzetting van:

- a. oefentherapie Mensendieck / oefentherapie Cesar door een oefentherapeut Mensendieck / Cesar, en
- b. fysiotherapie door een (kinder)fysiotherapeut op verwijzing van de huisarts of specialist na vooraf verleende toestemming van CZ voor vergoeding in aanmerking.  
(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.22.5. Op grond van een aanvullende verzekering komen behandelingskosten alleen voor vergoeding in aanmerking, als de behandeling plaatsvindt door de (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck / Cesar, wiens behandeling op grond van de hoofdverzekering ook voor vergoeding in aanmerking komt of reeds is gekomen.

2.22.6. Kosten van individuele behandeling danwel groepsbehandeling met als doel de conditie door middel van training te bevorderen, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

### **2.23. Logopedie**

(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.23.1. Kosten van spraaklessen door een logopedist ter correctie van spraak- en stemgebreken komen voor vergoeding in aanmerking. Vergoeding van de kosten van vervolgbehandelingen kan bij CZ worden aangevraagd onder overlegging van een verklaring van de behandelend arts aangaande de medische noodzaak van verdere spraaklessen.

2.23.2. Onder spraaklessen ter correctie van spraak- en stemgebreken wordt niet verstaan en komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen van niet medische aard zoals ingeval van dialect en anderstaligheid.

### **2.24. Stottertherapie**

(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.24.1. Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van stottertherapie in individueel of groepsverband volgens de methode:

- a. Del Ferro,
- b. B.O.M.A., of
- c. Hausdörfer.

Vooraf dient door de CZ toestemming te zijn verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

2.24.2. Indien en zolang de stottertherapie intern wordt gegeven en kosten daarvan voor vergoeding in aanmerking komen, komen tevens voor vergoeding in aanmerking de met die stottertherapie rechtstreeks in verband staande noodzakelijke kosten van verblijf in een pension.

2.24.3. Reiskosten en kosten van vervoer in verband met stottertherapie worden niet vergoed.

### **2.25. Ziekenvervoer**

2.25.1. Kosten van ziekenvervoer per ambulance komen voor vergoeding in aanmerking.

2.25.2. Kosten van ziekenvervoer per taxi komen in geval van opname in of ontslag uit een ziekenhuis, niet zijnde dagverpleging, voor vergoeding in aanmerking.

2.25.3. In gevallen die geen betrekking hebben op opname in of ontslag uit een ziekenhuis, komen kosten van ziekenvervoer per taxi ook voor vergoeding in aanmerking als dit ziekenvervoer verband houdt met:

- a. nierdialyse;
- b. oncologische behandeling in een daartoe erkend instituut of afdeling van een ziekenhuis;
- c. revalidatiedagbehandeling;

- d. een bezoek aan een orthopedisch instrumentmaker;
- e. een bezoek aan een audiologisch centrum;
- f. poliklinische psychiatrie;
- g. poliklinische specialistische hulp;
- h. opname of behandeling in een inrichting ten laste van de A.W.B.Z.;
- i. behandeling in (een afdeling van) een ziekenhuis.

2.25.4. Kosten van ziekenvervoer per huurauto of eigen auto worden vergoed in de gevallen, waarin ziekenvervoer per taxi ook voor vergoeding in aanmerking zou komen.

2.25.5. Kosten van ziekenvervoer naar een in Nederland gelegen ziekenhuis door middel van een binnenlandse helikoptervlucht komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking indien om technische redenen gebruik van een ambulance onmogelijk is. Bij tijdelijk verblijf in het buitenland komt ziekenvervoer aldaar door middel van een binnenlandse helikoptervlucht niet voor vergoeding in aanmerking.

(toestemming CZ vereist)

2.25.6. Indien tengevolge van ziekenvervoer ingevolge de Ziekenfondswet de verzekerde gedurende twaalf maanden te rekenen vanaf het eerste vervoer eigen bijdragen volledig voor eigen rekening heeft genomen en daarvoor een vrijwaringsbewijs heeft ontvangen, komen de eigen bijdragen voor vergoeding in aanmerking.

2.25.7. Onverminderd het bepaalde in de overige onderdelen van dit artikel worden kosten van ziekenvervoer uitsluitend vergoed, indien deze het gevolg zijn van of verband houden met kosten, welke op grond van de gesloten verzekering of wettelijke verzekering voor gehele danwel gedeeltelijke vergoeding in aanmerking komen.

## 2.26. Orthodontie

2.26.1. Met betrekking tot orthodontische behandelingen (gebitsregulatie) komen de door orthodontist of tandarts gedeclareerde kosten voor vergoeding in aanmerking. Indien sprake is van een gemaximeerde vergoeding, is deze vergoeding van kracht tijdens de gehele periode dat men bij CZ is verzekerd, ongeacht stilziggende verlenging van de contractduur.

2.26.2. Indien sprake is van een orthodontische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (respectievelijk cheilo-, gnatho- en palatoschisis) en de rekening uitdrukkelijk als zodanig is gespecificeerd, komen de kosten van behandeling van deze orthodontische afwijking door een orthodontist voor vergoeding in aanmerking.

(toestemming CZ vereist)

## 2.27. Tandheelkundige hulp algemeen

2.27.1. Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van:

- a. de door een tandarts gedeclareerde restauratieve voorzieningen en andere tandheelkundige verrichtingen, waarvan het bijbehorende tarief is voorzien van een UPT-code, welke begint met de letter "R" (dit zijn kronen, bruggen en inlays);
- b. de door een tandarts of tandprotheticus gedeclareerde uitneembare gebitsprothesen en andere daarmee samenhangende tandheelkundige verrichtingen, waarvan het bijbehorende tarief is voorzien van een UPT-code, welke begint met de letter "P" of "I";
- c. de overige door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist gedeclareerde tandheelkundige verrichtingen.

2.27.2. Ingeval de in artikel 2.27.1. onder b. genoemde verrichtingen worden uitgevoerd door een tandprotheticus, komen de kosten, inclusief de bijbehorende tandtechniekkosten, voor vergoeding in aanmerking, als deze tandprotheticus een overeenkomst met CZ heeft gesloten in het kader van de beroepsuitoefening ten behoeve van verzekerden van CZ, en voorzover deze kosten niet hoger zijn dan de overeengekomen tarieven.

2.27.3. Ingeval de in artikel 2.27.1. onder c. genoemde verrichtingen worden uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist, die voor eigen rekening en verantwoording praktijk uitoefent, komen de kosten voor vergoeding in aanmerking, als deze mondhygiënist een overeenkomst met CZ heeft gesloten in het kader van de beroepsuitoefening ten behoeve van verzekerden van CZ en voorzover deze kosten niet hoger zijn dan de overeengekomen tarieven.

2.27.4. Voor vergoeding komen niet in aanmerking:

- a. kosten met betrekking tot orthodontische behandelingen;
- b. kosten van behandelingen danwel leveringen door tandtechnici (niet zijnde tandprothetici), tandtechnische laboratoria of instituten en tandheelkundige inrichtingen;
- c. kosten die gedeclareerd zijn door een tandprotheticus of vrijgevestigde mondhygiënist voorzover deze bedragen hoger zijn dan de tarieven die met CZ zijn overeengekomen;
- d. kosten gedeclareerd door een tandprotheticus of vrijgevestigde mondhygiënist, die in het kader van diens beroepsuitoefening niet een overeenkomst met CZ heeft gesloten ten behoeve van verzekerden van CZ;
- e. kosten van niet nagekomen of verzuimde afspraken.

2.27.5. Vergoeding overeenkomstig deze verzekering vindt alleen plaats, indien de verrichting geschiedt door of met tussenkomst van een van de in artikel 2.27.1. genoemde zorgverleners en gedeclareerd wordt op de voorgeschreven wijze en binnen hun bevoegdheid.

## 2.28. Tandheelkundige hulp voor kinderen

2.28.1. Kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts of een erkende dienst voor jeugdandverzorging komen voor vergoeding in aanmerking. Van vergoeding zijn uitgesloten orthodontische behandelingen.

2.28.2. Indien door een lichamenlijk en/of verstandelijk gebrek een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor een behandeling door een tandarts noodzakelijk is, komen kosten van de behandeling voor vergoeding in aanmerking, mits voor betreffende verzekerden geen aanspraak bestaat op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de A.W.B.Z.. (toestemming CZ vereist)

## 2.29. Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

(toestemming CZ vereist)

Voor vergoeding komen in aanmerking kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen, waarin een lichamenlijke aandoening danwel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een zeer ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het recht op vergoeding bij deze zeer ernstige afwijkingen staat vermeld in de regeling Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen die door CZ is vastgesteld, die deel uitmaakt van deze verzekeringsvoorwaarden en op aanvraag verkrijgbaar is. Tevens dient vooraf toestemming verleend te zijn door CZ, aan welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden verbonden.

## 2.30. Tandheelkundige implantaten

(toestemming CZ vereist)

2.30.1. De kosten van het honorarium van een kaakchirurg en van de bijkomende kosten (klinisch danwel poliklinisch), welke kosten verband houden met het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak, komen voor vergoeding in aanmerking, indien:

- a. de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken, geheel tandenloze kaak, en
- b. de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese, en
- c. de implantaten worden ingebracht door een kaakchirurg, en
- d. CZ op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een gemotiveerd behandlingsplan, tevoren toestemming heeft verleend. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

2.30.2. Kosten, verband houdend met het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak, anders dan genoemd in artikel 2.30.1. komen niet voor vergoeding in aanmerking. Op grond van dit artikel komen evenmin voor vergoeding in aanmerking de kosten van de meso-structuur, die door de tandarts op de implantaten wordt vervaardigd.

### 2.31. Kroon- en brugwerk

Kosten van indirect vervaardigde kronen, bruggen, 3-vlaksinlays en wortelkappen met stift komen voor vergoeding in aanmerking.

### 2.32. Tandprotheses

2.32.1. Kosten van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de onder- en/of de bovenkaak komen voor vergoeding in aanmerking, indien deze betrekking hebben op:

- a. de vervaardiging en levering door een tandarts van een nieuwe volledige boven en/of onderprothese, al dan niet op implantaten;
- b. de vervaardiging en levering door een tandprotheticus van een nieuwe volledige boven en/of onderprothese;
- c. het weer passend maken (rebasen) danwel repareren door een tandarts van een bestaande volledige boven- en/of onderprothese, al dan niet op implantaten.
- d. het weer passend maken (rebasen) danwel repareren door een tandprotheticus van een bestaande volledige boven- en/of onderprothese.

Onder deze kosten worden ook de bijbehorende tandtechniekkosten begrepen.

2.32.2. Ingeval de hierboven genoemde verrichtingen worden uitgevoerd door een tandprotheticus, komen kosten uitsluitend voor vergoeding in aanmerking, als deze tandprotheticus in het kader van diens beroepsuitoefening een overeenkomst met CZ heeft gesloten ten behoeve van verzekerden van CZ en dienovereenkomstig kosten declareert.

2.32.3. Voor vergoeding komen niet in aanmerking de kosten van behandelingen van verzekerden danwel leveringen aan verzekerden door tandtechnici (niet zijnde tandprotheticici), tandtechnische laboratoria of instituten en tandheelkundige inrichtingen.

### 2.33. Verloskundige hulp, kraamzorg en kraamzorg-uitkering

2.33.1. Zolang bij of tengevolge van een bevalling medische noodzaak bestaat voor opname en/of verblijf in een ziekenhuis, komen de daaraan verbonden kosten voor vergoeding in aanmerking overeenkomstig de artikelen aangaande ziekenhuisverpleging, klinisch specialistische hulp, poliklinische specialistische hulp, ziekenvervoer en huisarts.

2.33.2. Ingeval van een bevalling in een ziekenhuis, kraaminrichting of polikliniek zonder medische noodzaak of een bevalling thuis, heeft de verzekerde recht op:

- a. vergoeding van de kosten van het gebruik van de verloskamer;
- b. vergoeding van het door de huisarts of verloskundige in rekening gebrachte honorarium voor verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg);
- c. kraamzorg, mits aangevraagd via CZ Kraamzorgservice uiterlijk drie maanden voor de verwachte bevallingsdatum, verleend door een instelling, waarmee CZ dienaangaande een overeenkomst heeft gesloten (CZ Kraamzorgservice: 0900 - 20 20 340).

2.33.3. Bij een bevalling in een ziekenhuis, kraaminrichting of polikliniek zonder medische noodzaak of een bevalling thuis kan de verzekerde moeder op haar verzoek in plaats van kraamzorg als bedoeld in artikel 2.33.2. onder c. aanspraak maken op een kraamzorg-uitkering.

2.33.4. Indien kosten van bevalling op grond van artikel 2.33.1. voor vergoeding in aanmerking komen:

- a. heeft verzekerde in afwijking van artikel 2.33.2.c. recht op een aantal uren kraamzorg voor de dagen, die niet als verpleegdagen door het ziekenhuis in rekening worden gebracht voor de moeder, danwel

- b. keert CZ op verzoek van de verzekerde in afwijking van artikel 2.33.3. een gedeeltelijke kraamzorg-uitkering uit. Deze kraamzorg-uitkering is met een evenredig bedrag verminderd voor iedere verpleegdag, die door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht voor de moeder.

2.33.5. Voor berekening van de hoogte van de kraamzorg-uitkering danwel het aantal uren kraamzorg:

- a. wordt de dag waarop de bevalling plaatsvindt, ook als een verpleegdag beschouwd, en
- b. is het aantal geboren kinderen niet van belang, en
- c. blijft de laatste door het ziekenhuis in rekening gebrachte verpleegdag buiten beschouwing, indien het ontslag plaatsvindt vóór 18.00 uur.

2.33.6. De verzekerde dient via CZ Kraamzorgservice (telefoon: 0900 - 20 20 340) aan CZ kenbaar te maken, welke aanspraak hij wil maken. Keuze voor aanspraak op kraamzorg-uitkering sluit aanspraak op kraamzorg uit en omgekeerd.

2.33.7. Indien couveuse nazorg wordt verleend door een door CZ gecontracteerd of aangewezen kraamcentrum met het doel te komen tot een zelfstandige verzorging van het pasgeboren kind door de bij CZ verzekerde moeder, komt deze zorg ten behoeve van de verzekerde moeder voor vergoeding in aanmerking. De nazorg dient betrekking te hebben op een kind, dat tenminste acht dagen in een couveuse heeft gelegen.

2.33.8. Ingeval sprake is van een bevalling onder leiding van een vrijgevestigde verloskundige of een huisarts, komen kosten van het gebruik van de zogenaamde "open verloskamer" van een ziekenhuis voor vergoeding in aanmerking.

2.33.9. Op grond van dit artikel worden geen kosten vergoed of uitkeringen gedaan, als deze kosten geen betrekking hebben op bevalling, kraamzorg of couveuse nazorg.

## **2.34. Geboorte-uitkering**

Indien sprake is van een bevalling door een verzekerde, keert CZ op verzoek van de verzekerde een geboorte-uitkering per geboren kind uit.

## **2.35. Aanvullende kraamzorg** (toestemming CZ vereist)

Ingeval van ernstige medische problematiek bij de verzekerde moeder, die verband houdt met de bevalling, komt na voorafgaande toestemming van CZ, in aanvulling op de met CZ reeds overeengekomen kraamzorg, extra kraamzorg voor vergoeding in aanmerking.

## **2.36. Kraampakket**

Op verzoek van de verzekerde via CZ Kraamzorgservice (telefoon: 0900 - 20 20 340) bestaat recht op een kosteloos kraampakket verstrekt door een instelling, waarmee CZ dienaangaande een overeenkomst heeft gesloten, ten behoeve van de bevalling van de verzekerde.

## **2.37. Thuiszorg / verpleegkundige / gezinszorg** (voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.37.1. Ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis, waarvan de kosten voor rekening van CZ zouden komen, komen in aanvulling op de A.W.B.Z. voor vergoeding in aanmerking de kosten van thuiszorg door een verpleegkundige of ziekenverzorg(st)er ten huize van de verzekerde. Vooraf dient door CZ toestemming te zijn verleend op grond van een goedgekeurd zorgplan, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld. Deze voorwaarden kunnen onder andere betreffen de aard en omvang van de zorg en de zorgverlenende instantie zelf.

2.37.2. In afwachting van of in directe aansluiting op een ziekenhuisopname komen de kosten van medisch noodzakelijke verpleging door een verpleegkundige ten huize van de verzekerde voor vergoeding in aanmerking. Vooraf dient door CZ toestemming te zijn verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

2.37.3. Ingeval van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis, waarvan de kosten voor rekening van CZ komen, komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van gezinszorg verleend door een instelling van gezinszorg, indien de in het ziekenhuis opgenomen verzekerde deel uitmaakt van een gezin en zelf binnen dat gezin het huishouden voert. Vooraf dient door CZ toestemming te zijn verleend op grond van een goedgekeurd zorgplan, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld. Deze voorwaarden kunnen onder andere betreffen de aard en omvang van de zorg en de zorgverlenende instantie zelf.

## 2.38. Huisarts

2.38.1. Kosten met betrekking tot de door een huisarts verleende geneeskundige hulp en door hem of op diens verzoek door bevoegde derden verrichte laboratoriumonderzoeken komen voor vergoeding in aanmerking.

2.38.2. Niet voor vergoeding in aanmerking komen:

- a. visites van de huisarts gebracht in een ziekenhuis, psychiatrische inrichting, sanatorium, herstellingsoord, alsmede
- b. kosten voortvloeiende uit keuringen en andere medisch niet noodzakelijke behandelingen of prestaties.

## 2.39. Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen

2.39.1. Terzake van vruchtbaarheidbevorderende behandelingen komen kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie voor vergoeding in aanmerking.

2.39.2. Ingeval van een algemeen geaccepteerde medische indicatie komen na voorafgaande toestemming door CZ kosten van een in-vitro-fertilisatie behandeling (IVF) in een daartoe vergunninghoudend ziekenhuis voor vergoeding in aanmerking. Aan de door CZ te verlenen toestemming kunnen nadere voorwaarden verbonden worden. Per poging komt een bedrag niet voor vergoeding in aanmerking zoals vermeld is in het Vergoedingen Overzicht. (toestemming CZ vereist)

## 2.40. Second opinion

Indien de behandelend arts een bepaalde medische behandeling voorstelt en de verzekerde een andere arts daarover raadpleegt, komen kosten van consulten bij die andere arts voor vergoeding in aanmerking, als en voor zover die kosten vergoed worden onder de gesloten verzekering. Onder arts wordt in dit artikel niet begrepen een tandarts of kaakchirurg.

## 2.41. Preventie

(voorschrift arts vereist)

Ter voorkoming van ziekte komen voor vergoeding in aanmerking kosten van een:

- a. cholesteroltest door een arts;
- b. onderzoek naar borst- en baarmoederhalskanker door een arts;
- c. injectie tegen rode hond (rubella);
- d. injectie tegen griep (influenza);
- e. onderzoek naar prostaatkanker voor mannen ouder dan 45 jaar;
- f. injectie tegen tropische infectieziekten en parasitaire aandoeningen, en malariamiddelen;
- g. onderzoek van hart en bloedvaten;
- h. injectie tegen tetanus;
- i. injectie tegen hondsdolheid (rabiës);

- j. injectie tegen Hepatitis-B van pasgeborenen, indien de moeder draagster is van het virus;
- k. Hepatitis-B immunisatie van gezinsleden in verband met besmettingsgevaar.

## 2.42. Alternatieve behandelingen

2.42.1. Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van consulten en behandelingen op basis van alternatieve therapieën door uitsluitend een:

- a. arts alternatieve geneeswijzen, of
- b. therapeut die geen arts is maar wel lid is van een door CZ erkende vereniging van alternatieve geneeswijzen, of
- c. therapeut die geen arts is maar wel is ingeschreven in een door CZ erkend register voor alternatieve geneeswijzen.

*(hieronder vallen bij voorbeeld een acupuncturist, chiropractor, homeopaat, natuurgenezer en een osteopaat.)*

2.42.2. Consulten en behandelingen die als dekking onder de werking van andere artikelen vallen, worden niet beschouwd als alternatieve consulten en behandelingen in de zin van dit artikel.

2.42.3. Het tarief dat voor alternatieve consulten en behandelingen in rekening gebracht wordt, wordt ten hoogste vergoed tot een bedrag, dat is vermeld in het Vergoedingen Overzicht. Deze maximale vergoeding geldt voor alle gedeclareerde consulten en behandelingen op één behandel-dag tezamen, ongeacht de naam, het aantal of de vorm ervan.

## 2.43. Acné-behandeling

(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.43.1. Ingeval van een ernstige vorm van acné in het gelaat en/of de hals van verzekerde komen kosten van behandeling door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist(e) éénmalig voor vergoeding in aanmerking.

2.43.2. Indien hierna vervolgbehandelingen noodzakelijk zijn, komen deze éénmalig voor een vervolgvergoeding in aanmerking.

2.43.3. De vergoedingen op grond van dit artikel worden slechts eenmaal tijdens de gehele duur dat de verzekerde bij CZ is verzekerd, gegeven.

## 2.44. Psoriasisdagbehandeling en UV-apparatuur

(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.44.1. Ingeval van ernstige psoriasis komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van:

- a. poliklinische behandeling door een huidarts verbonden aan een instelling voor psoriasisdagbehandeling, danwel
- b. aanschaf, huur of bruikleen van UV-B licht-apparatuur ten behoeve van thuisgebruik.

De verzekerde dient aan CZ kenbaar te maken, welke aanspraak hij wil maken. Keuze voor vergoeding van behandelingskosten sluit vergoeding van kosten van licht-apparatuur uit en omgekeerd.

2.44.2. Vooraf dient door CZ toestemming te zijn verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld. Ingeval van aanschaf van UV-B licht-apparatuur kan als nadere voorwaarde worden gesteld, dat kosten van behandeling of aanschaf van nieuwe licht-apparatuur in een vast te stellen aantal komende jaren van vergoeding zijn uitgesloten.

2.44.3. Niet voor vergoeding komen in aanmerking eventuele reis- en verblijfkosten.

## 2.45. Camouflagetherapie

(voorschrift huidarts of arts vereist en toestemming CZ vereist)

2.45.1. Kosten van camouflagelessen door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist(e) en de aanschafkosten van de voor die lessen benodigde middelen komen als camouflagetherapie voor vergoeding in aanmerking.



2.45.2. De camouflagetherapie dient tot doel te hebben wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidaandoeningen in het gelaat en/of de hals te camoufleren.

#### **2.46. Elektrische epilatie**

(voorschrift huidarts, arts of gynaecoloog en toestemming CZ vereist)

Kosten van het elektrisch epilieren van extreme haargroei in het gelaat van verzekerden door een huidtherapeut of een schoonheidsspecialist(e) komen voor vergoeding in aanmerking.

#### **2.47. Bezoekkosten**

2.47.1. In verband met het bezoeken van een verzekerde tijdens diens opname in een in Nederland gelegen revalidatie-inrichting of ziekenhuis - een psychiatrisch ziekenhuis daaronder begrepen en het Nederlands Astma Centrum (N.A.D.) te Davos daarvan uitgesloten -, komen overeenkomstig het bepaalde in 2.47.2. reiskosten met betrekking tot bezoeken door één gezinslid van de opgenomen voor vergoeding in aanmerking. De door dat gezinslid af te leggen afstand van diens wettelijke of woonadres naar het ziekenhuis over de meest gebruikelijke weg dient tenminste een in het Vergoedingen Overzicht vastgesteld aantal kilometers enkele reis te zijn. Het bezoekende gezinslid hoeft niet bij CZ voor deze verzekering verzekerd te zijn.

2.47.2. De vergoeding bedraagt een in het Vergoedingen Overzicht vastgestelde vergoeding op basis van de tarieven van de laagste klasse van openbaar vervoer. Wordt gebruik gemaakt van eigen vervoer, dan komen deze kosten eveneens voor vergoeding in aanmerking.

#### **2.48. Logeerkosten**

2.48.1. Kosten van verblijf 's nachts in een logeershuis, komen voor vergoeding in aanmerking, indien:

- a. dat logeershuis is verbonden aan een in Nederland gelegen revalidatie-inrichting of ziekenhuis - een psychiatrisch ziekenhuis daaronder begrepen en het Nederlands Astma Centrum (N.A.D.) te Davos daarvan uitgesloten -, en
- b. een verzekerde wordt opgenomen in die revalidatie-inrichting of dat ziekenhuis, en
- c. die revalidatie-inrichting of dat ziekenhuis op meer dan veertig kilometer afstand van diens wettelijke of woonadres verwijderd is.

De vergoeding van logeerkosten betreft ten hoogste een in het Vergoedingen Overzicht vastgesteld aantal gezinsleden van de opgenomen verzekerde voor een in het Vergoedingen Overzicht vastgesteld aantal nachten per gezinslid per jaar.

2.48.2. Het bepaalde in artikel 2.48.1. is overeenkomstig van toepassing op een verzekerde, die een specialistische behandeling ondergaat zonder dat sprake is van een ziekenhuisopname, en diens gezinsleden. De vergoeding van logeerkosten betreft ten hoogste een in het Vergoedingen Overzicht vastgesteld aantal gezinsleden voor een in het Vergoedingen Overzicht vastgesteld aantal nachten per gezinslid per jaar.

2.48.3. Logerende gezinsleden van de behandelde verzekerde hoeven niet zelf bij CZ voor deze verzekering verzekerd te zijn.

#### **2.49. Podotherapie**

2.49.1. Kosten van podotherapeutische consulten en behandelingen door een podotherapeut komen voor vergoeding in aanmerking.  
(voorschrift arts vereist)

2.49.2. Met uitsluiting van de vergoeding volgens artikel 2.49.1. komen kosten van podotherapeutische consulten en behandelingen door een podotherapeut voor vergoeding in aanmerking, indien de behandeling een verzekerde betreft die lijdt aan:

- a. diabetes mellitus, of
- b. reumatoïde artritis, of

c. ernstige bloedvatproblemen in de benen.  
(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.49.3. Indien kosten van een podotherapeut op grond van artikel 2.49.1. of 2.49.2. voor vergoeding in aanmerking komen, komen de kosten van de door hem geleverde podotherapeutische hulpmiddelen eveneens voor vergoeding in aanmerking. Onder podotherapeutische hulpmiddelen worden niet begrepen steunzolen als bedoeld in het artikel dat de vergoeding voor steunzolen regelt.

## 2.50. Herstellingsoord

Ingeval een verzekerde als somatische patiënt is opgenomen in een herstellingsoord, komt op verzoek van de verzekerde een in het Vergoedingen Overzicht vastgesteld bedrag per dag voor uitkering in aanmerking gedurende een in het Vergoedingen Overzicht vastgestelde maximale periode per jaar.

## 2.51. Therapeutisch kamp

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van deelname aan therapeutische kampen door verzekerden tot 18 jaar die lijden aan C.A.R.A. of diabetes mellitus, georganiseerd door een door CZ erkende representatieve vereniging ter behartiging van de belangen van bedoelde patiënten. *(dit zijn bij voorbeeld het Nederlands Astmafonds of de Nederlandse Diabetes Federatie)*

## 2.52. Cursussen

2.52.1. Kosten van cursussen komen onder overlegging van een bewijs van deelname voor vergoeding in aanmerking, indien deze gegeven worden door een:

- a. thuiszorgorganisatie,
- b. G.G.D./D.G.D.,
- c. Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (R.I.A.G.G.), of
- d. patiëntenvereniging, die is aangesloten bij een landelijk of regionaal Patiënten en Consumenten Platform.

2.52.2. Onder een cursus wordt verstaan een methodisch leerproces binnen een afgebakende periode, waarin aan deelnemers in direct persoonlijk contact informatie wordt verstrekt over het onderwerp van de cursus en waarin integratie en toepassing van dit onderwerp geoefend worden om een bepaald resultaat (eventueel gecertificeerd) te behalen, gericht op de gezondheid van de deelnemers.

## 2.53. Eerstelijns psycholoog (voorschrift arts)

Kosten van behandeling door een eerstelijns psycholoog komen voor vergoeding in aanmerking.

## 2.54. Organisatie van hulpverlening in het buitenland

2.54.1. Organisatiekosten van spoedeisende hulpverlening door SOS International bij tijdelijk verblijf in het buitenland komen ingeval van ernstige ziekte, ernstig ongevalsletsel of overlijden van een verzekerde voor vergoeding in aanmerking, indien die hulpverlening betrekking heeft op:

- a. vervoer van een overleden verzekerde van de plaats van overlijden naar een ziekenhuis of diens wettelijke of woonadres in Nederland;
- b. vervoer, inclusief noodzakelijke medische begeleiding, van een zieke of gewonde verzekerde van de plaats van ziekte of ongeval naar een ziekenhuis of diens wettelijke of woonadres in Nederland;
- c. toezending van geneesmiddelen en hulpmiddelen naar de plaats van ziekte, ongeval of behandeling als spoedeisende hulp medisch noodzakelijk is en ter plaatse geen bruikbaar alternatief verkrijgbaar is. Ingeval van annulering van een bestelling vindt geen vergoeding plaats.  
(voorschrift arts vereist)

2.54.2. Onder de in 2.54.1. bedoelde kosten worden niet begrepen de kosten van vervoer, douaneheffingen, retourvracht en aankoop van onder andere geneesmiddelen en hulpmiddelen zelf.

## 2.55. Tijdelijk verblijf in buitenland

2.55.1. Vindt tijdelijk verblijf in het buitenland plaats, dan komen de daar gemaakte kosten volgens de door de verzekerde gesloten verzekering voor vergoeding in aanmerking overeenkomstig het gedeclareerde bedrag, mits in overeenstemming met de geldende tarieven in het betreffende land. Wordt in het bijbehorende Vergoedingen Overzicht verwezen naar Nederlandse tarieven dan wordt het gedeclareerde bedrag vergoed op basis van de Nederlandse tarieven.

2.55.2. Bij tijdelijk verblijf in het buitenland komen ingeval van spoedeisende hulp tevens kosten voor vergoeding in aanmerking, die voortvloeien uit:

- a. een tandheelkundige behandeling door een tandarts.
- b. repatriëring van de betreffende zieke verzekerde door SOS International. In overleg met en na toestemming van CZ kan ook gebruik gemaakt worden van een ander vervoermiddel dan een ambulance, taxi of huurauto.
- c. aankoop en toezending van dringend voorgeschreven geneesmiddelen door SOS International, welke ter plaatse niet verkrijgbaar zijn.
- d. overmaken van geld, nodig voor het betalen van een medische behandeling, waarvan de kosten onder de gesloten verzekering vallen.
- e. gebruik van telecommunicatiemiddelen.
- f. verleende zorg, die bij of krachtens de Ziekenfondswet als ziekenfondsverstrekking wordt beschouwd doch tengevolge van het tijdelijk verblijf in het buitenland op grond van de Ziekenfondswet voor een geringere vergoeding in aanmerking komt dan ingeval van in Nederland verleende zorg.
- g. begeleiding door een gezinslid van de betreffende zieke verzekerde, die op grond van het bepaalde onder b. wordt gerepatriëerd.
- h. medisch noodzakelijke overkomst van familieleden uit Nederland naar het land van detachering van de betreffende zieke verzekerde.
- i. vervoer van het stoffelijk overschot van de betreffende verzekerde of diens gezinslid vanuit het land van detachering naar Nederland.
- j. psychiatrische hulp, te verlenen door een psychiater of zenuwarts, naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten in het land van detachering danwel woonland gebruikelijk is.
- k. psychotherapie, te verlenen door een psychotherapeut, naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten in het land van detachering danwel woonland gebruikelijk is.
- l. opnemingen en verder verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis en daarnaast onderzoek, behandeling en verpleging.
- m. verleende zorg, die bij of krachtens de W.T.Z. als onderdeel van de dekking van de Standaard(Pakket)Polis wordt beschouwd doch tengevolge van het tijdelijk verblijf in het buitenland krachtens de W.T.Z. voor een geringere vergoeding in aanmerking komt dan ingeval van in Nederland verleende zorg.
- n. vervoer van het stoffelijk overschot van de betreffende verzekerde vanuit het buitenland naar Nederland.

## 2.56. Sport-medisch advies

Kosten van sport-medische behandelingen, consulten, sportkeuringen en röntgen- en laboratoriumonderzoeken door een sportarts komen voor vergoeding in aanmerking. Onder een sportarts moet worden verstaan:

- a. de arts, die is opgeleid in de sociale geneeskunde, als zodanig praktijk houdt en als sportarts is geregistreerd in het register van sociaal geneeskundigen en op grond van de wet B.I.G. in het daartoe aangewezen register;
- b. de arts, die als sportarts werkzaam is in een Sport-Medisch Adviescentrum, dat is aangesloten bij de Federatie van Sport-Medische Adviescentra;
- c. de arts, die als sportarts werkzaam is in een sport-medische instelling, die door CZ als zodanig is erkend.

**2.57 Steunzolen**

(voorschrift arts vereist)

De kosten van aanschaf van één paar steunzolen komen voor vergoeding in aanmerking, mits deze naar gipsmodel of blauwdruk zijn vervaardigd door een door CZ erkende danwel gecontracteerde orthopedisch schoenmaker.

**2.58. Aanvulling psychiatrie**

Voor zover kosten van psychiatrische of psychotherapeutische hulp op grond van de A.W.B.Z. gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komen, wordt een aanvullende vergoeding gegeven.

**2.59. Dieet- en voedingsadviezen**

De kosten van dieet- en voedingsadviezen gegeven door een diëtist komen voor vergoeding in aanmerking.

**2.60. Privé-klinieken**

(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.60.1. Kosten van niet-klinische specialistische behandeling in een door CZ erkende privé-kliniek of zelfstandig behandelcentrum en de daarmee samenhangende bijkomende kosten komen na voorafgaande toestemming door CZ voor vergoeding in aanmerking overeenkomstig de tarieven, die voor die behandelingen met CZ zijn overeengekomen of door het daartoe bevoegde overheidsorgaan zijn afgegeven danwel zijn goedgekeurd. Aan deze toestemming kunnen door CZ nadere voorwaarden worden verbonden.

2.60.2. Onder privé-kliniek of zelfstandig behandelcentrum wordt verstaan een organisatorisch verband dat niet deel uitmaakt van of fungeert ten behoeve van een ziekenhuis, en dat dient tot verlening van medisch specialistische zorg.

2.60.3. Onder een privé-kliniek of zelfstandig behandelcentrum wordt niet verstaan een éénmanspraktijk of zogenaamde buitenpraktijk van een specialist.

2.60.4. Van vergoeding zijn uitgesloten:

- a. hotelkosten, verblijfskosten, verpleegkosten en kliniekkosten, hoe ook genaamd;
- b. reiskosten en vervoerskosten.

**2.61. Manuele lymfdrainage**

(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

Kosten van manuele lymfdrainage en littekenmassage door een huidtherapeut komen voor vergoeding in aanmerking. Vooraf dient door CZ toestemming te zijn verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

**2.62. Kuuroorden**

(voorschrift arts en toestemming CZ vereist)

2.62.1. Op voorschrift van de behandelend arts komen kosten van behandeling in een door CZ erkend kuuroord voor vergoeding in aanmerking, indien de verzekerde lijdt aan een ernstige mate van reumatoïde artritis of ernstige mate van de ziekte van Bechterev. Vooraf dient door CZ toestemming te zijn verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

2.62.2. Tenzij in het Vergoedingen Overzicht anders is bepaald, komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- a. kosten van kuuroorden, die niet door CZ zijn erkend;
- b. kosten van buitenlandse kuuroorden;

- c. reiskosten;
- d. verblijfs- en pensionkosten.

### **2.63. Invriezen van semen** (toestemming CZ vereist)

Indien sprake is van een kinderwens bij een verzekerde, die tengevolge van ingrijpende oncologische behandelingen kans heeft op sterk verminderde vruchtbaarheid, onvruchtbaarheid, beschadiging van het zaad of kans op kinderen met een ernstige afwijking, komen kosten van invriezen en bewaren van semen, afkomstig van deze verzekerde, éénmalig voor vergoeding in aanmerking tot in totaal een in het Vergoedingen Overzicht genoemd maximumbedrag. Het invriezen en bewaren dient plaats te vinden in een ziekenhuis of een instituut dat door CZ daartoe is erkend. Vooraf dient door CZ toestemming te zijn verleend, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

## ***algemene bepalingen***

### **3. Grondslag en inhoud**

3.1. De door de verzekeringnemer en verzekerden verstrekte inlichtingen en afgelegde verklaringen, het aanvraagformulier, de gezondheidsverklaring, eventuele keuringsrapporten, polisaanhangsels, de polis, de Algemene Voorwaarden, het Vergoedingen Overzicht en het A.W.B.Z. / Ziekenfonds-reglement van CZ vormen samen de grondslag van de verzekering en bevatten als een geheel de rechten en verplichtingen van de verzekering. Daarnaast kan de inhoud van de verzekering mede worden bepaald door eventuele nadere of collectieve overeenkomsten, die tevens deel uitmaken van bovengenoemd geheel.

3.2. CZ behoudt zich uitdrukkelijk het recht voor een beroep te doen op artikel 251 van het Wetboek van Koophandel. Indien CZ een beroep op dat artikel doet, heeft dit tot gevolg, dat de verzekering volledig nietig is en geacht wordt niet te hebben bestaan ten aanzien van alle verzekerden, die uit de betreffende verzekering rechten zouden kunnen ontleen of reeds hebben ontleend.

3.3. De Algemene Voorwaarden zijn van toepassing voor zover daarvan niet wordt afgeweken:

- a. in een nadere of collectieve overeenkomst als bedoeld in 3.1.; of
- b. in het Vergoedingen Overzicht.

3.4. De verzekerde die niet tevens is aan te merken als verzekeringnemer, wordt geen partij bij de verzekeringsovereenkomst.

3.5. Op de verzekering(en) is het Nederlandse recht van toepassing.

### **4. Aanvragen**

Personen, die deel uitmaken of uit gaan maken van het verzekerde gezin, dienen uiterlijk binnen 30 dagen na deelname aan dit gezin als verzekerde aangemeld te worden en na acceptatie als zodanig verzekerd te blijven, tenzij deze aanmelding leidt tot een verzekering welke in strijd komt met regels aangaande de wettelijke verzekering of publiekrechtelijke regeling. Niet-tijdige nakoming van deze meldingsplicht heeft tot gevolg, dat de dekking niet met terugwerkende kracht wordt uitgebreid tot deze personen.

### **5. Contractduur**

5.1. De dekking van de verzekering gaat in op de datum, die op de polis staat vermeld.

5.2. De verzekering wordt aangegaan voor tenminste één volledig jaar en wordt daarna telkens

stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.

In afwijking daarvan wordt:

- een Aanvullende Verzekering PlusTand Extra of Aanvullende Verzekering IPO Tand Extra aangegaan voor tenminste drie volledige jaren en wordt daarna telkens stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd;
- een verzekering aangegaan voor een andere periode, indien dit is bepaald in een nadere of collectieve overeenkomst.

5.3. Ten aanzien van alle verzekerden eindigt de verzekering door:

- a. schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer.  
Tenminste drie maanden voor het einde van het laatste jaar van de betreffende verzekering dient deze opzegging in het bezit van CZ te zijn. In dat geval eindigt de verzekering op 1 januari van het jaar na opzegging. Indien de opzegging niet drie maanden voor het einde van het laatste jaar in het bezit van CZ is, eindigt de verzekering op 1 januari van het tweede jaar na opzegging. Indien sprake is van een aanvullende verzekering horende bij een wettelijke verzekering dient in afwijking van bovenstaande de opzegging twee maanden voor het einde van het laatste jaar van de betreffende verzekering in het bezit van CZ te zijn.  
Indien sprake is van een verzekering op grond van een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering, heeft de onderneming of de instelling, waarmee CZ deze collectieve overeenkomst heeft gesloten, met uitsluiting van de verzekerde het recht van opzegging;
- b. schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer op grond van herziening van de voorwaarden als bedoeld in artikel 11.  
In dat geval eindigt de verzekering op de datum, waarop de herziening van kracht zou zijn geworden. Indien sprake is van een verzekering op grond van een collectieve overeenkomst, heeft de verzekeringnemer niet het recht van opzegging;
- c. tekortkoming van de verzekeringnemer of verzekerde(n) in hun verplichtingen op grond van de verzekeringsvoorwaarden danwel onthouding van hun medewerking aan de uitvoering van de verzekeringsvoorwaarden.  
Heeft deze tekortkoming of onthouding van medewerking betrekking op de wettelijke verzekering, in combinatie waarmee een aanvullende verzekering is gesloten, dan eindigt ten aanzien van alle verzekerden deze aanvullende verzekering.  
In deze gevallen eindigt de verzekering op een door CZ te bepalen moment.
- d. wijziging van verzekering op schriftelijk verzoek van de verzekeringnemer, gevolgd door akkoordbevinding door CZ. Indien dit verzoek tenminste één maand voor het einde van het laatste jaar van de betreffende verzekering in het bezit van CZ is, eindigt de verzekering op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Is het verzoek niet één maand voor het einde van dat laatste jaar in het bezit van CZ, dan eindigt de verzekering op 1 januari van het tweede jaar na ontvangst van dat verzoek.  
Indien sprake is van een verzekering op grond van een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering, heeft de onderneming of de instelling, waarmee CZ deze collectieve overeenkomst heeft gesloten, met uitsluiting van de verzekerde het recht van wijziging van verzekering;
- e. en op het moment van de beëindiging van de hoofdverzekering, waarop de betreffende verzekering een aanvulling vormt;
- f. en op het moment, dat de verzekeringnemer niet langer werkzaam is in een branche, sector, bedrijfstak of andere onderverdeling, op grond waarvan hij diens huidige verzekering, die door CZ uitsluitend voor die branche, sector, bedrijfstak of onderverdeling is opengesteld, heeft kunnen sluiten;
- g. en op het moment, dat de verzekeringnemer of in het gegeven geval de verzekerde niet langer werkzaam is ten behoeve van de onderneming of de instelling, waarmee CZ een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering heeft gesloten;
- h. en op het moment, dat de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering eindigt, die door CZ is gesloten met de onderneming of de instelling ten behoeve waarvan verzekeringnemer en/of verzekerden werkzaam zijn;
- i. oplichting, dwang, bedrog, bedreiging of poging tot een van de genoemde strafbare feiten door de verzekeringnemer of verzekerde(n).  
Heeft het strafbaar feit betrekking op de wettelijke verzekering, in combinatie waarmee een aanvullende verzekering is gesloten, dan eindigt ten aanzien van alle verzekerden deze aanvullende verzekering.  
In deze gevallen eindigt de verzekering op een door CZ te bepalen moment.

Beëindiging ingevolge het bepaalde onder f. en g. is niet van toepassing, indien de verzekeringnemer ten gevolge van overlijden, arbeidsongeschiktheid, gebruikmaking van een wachtgeldregeling of regeling van vervroegde uittreding zijn werkzaamheden heeft beëindigd.

5.4. Ten aanzien van een verzekerde eindigt de verzekering:

- a. door en op het moment dat een verzekerde feitelijk geen deel meer uitmaakt van het gezin van de verzekeringnemer;
- b. door en op het moment, dat diens aanwezigheid buiten Nederland niet langer als tijdelijk verblijf in het buitenland is aan te merken;
- c. door en op het moment, dat deze de leeftijd van 65 jaar bereikt, tenzij sprake is van een aanvullende verzekering op een wettelijke verzekering of publiekrechtelijke regeling;
- d. door overlegging aan CZ van het bewijs van diens definitieve inschrijving in een wettelijke verzekering of publiekrechtelijke regeling. De verzekering eindigt met ingang van de dag van ontvangst van het bewijs van de betreffende inschrijving;
- e. door en op het moment, dat diens inschrijving in een wettelijke verzekering of publiekrechtelijke regeling, in combinatie waarmee de verzekering is aangegaan, eindigt.

Mededeling dient door de verzekeringnemer aan CZ binnen dertig dagen schriftelijk plaats te vinden.

5.5. In aanvulling op het bepaalde in artikel 5.3. eindigt met uitzondering van de Aanvullende Klassenverzekering, een aanvullende verzekering ten aanzien van alle verzekerden door:

- a. het feit, dat niet alle leden van het gezin meer voor die aanvullende verzekering verzekerd zijn, rekening houdende met het bepaalde in artikelen 4. en 5.4.. In dat geval eindigt de aanvullende verzekering op een door CZ te bepalen moment;
- b. het sluiten van een andere aanvullende verzekering met uitzondering van de Aanvullende Klassenverzekering en wel op de ingangsdatum van die aanvullende verzekering.

5.6. In het geval dat:

- a. een verzekering eindigt op grond van het bepaalde in artikel 5.3. onder e. of artikel 5.4. onder c., d. of e., en
- b. daardoor - mede - een gesloten aanvullende verzekering eindigt, en
- c. de betreffende verzekerde direct aansluitend een nieuwe hoofdverzekering bij CZ of een wettelijke verzekering bij het ziekenfonds dat in concernverband is verbonden met CZ sluit, wordt de betreffende verzekerde geacht op deze nieuwe hoofdverzekering of wettelijke verzekering gelijktijdig een aanvullende verzekering te hebben gesloten, die inhoudelijk geheel of nagenoeg geheel gelijk is aan de beëindigde aanvullende verzekering, tenzij deze verzekerde binnen dertig dagen na de ingangsdatum schriftelijk mededeelt geen of een andere aanvullende verzekering te wensen.

## 6. Premie, wettelijke bijdragen en kosten

6.1. CZ stelt de premie, poliskosten, administratiekosten, inschrijvingskosten en eventuele andere kosten vast en in welke gevallen en wanneer deze betaald dienen te worden. Het aantal verzekerden, hun actuele leeftijd en hun leeftijd ten tijde van het aangaan van de verzekering(en), de ziekenhuisklasse en de gesloten verzekering in het betreffende jaar zijn hiervoor bepalend.

6.2. De verzekeringnemer is aansprakelijk voor de betaling in Nederlands wettig betaalmiddel van de verschuldigde bedragen welke kunnen bestaan uit:

- a. premie;
- b. wettelijke bijdragen of andere kosten, die CZ bij of krachtens de wet verplicht is over te dragen aan de daartoe aangewezen en bevoegde instanties;
- c. poliskosten;
- d. bedragen die door CZ tengevolge van rechtstreekse declaratie door de zorgverlener aan deze laatste zijn betaald en die in de vorm van voorgeschoten eigen risico of eigen bijdragen door de verzekerde betaald dienen te worden;
- e. eventuele andere kosten. Onder deze andere kosten dient mede te worden begrepen een door CZ te bepalen bedrag dat bij iedere betaling door de verzekeringnemer aan CZ verschuldigd wordt, indien en zolang deze betaling op een andere wijze geschiedt dan door middel van automatische afschrijving van de bankrekening van de verzekeringnemer.

6.3. Ingeval de verzekeringnemer overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over zijn vermogen te beschikken, zijn alle verzekerden hoofdelijk aansprakelijk voor de betaling van de verschuldigde bedragen. Deze aansprakelijkheid eindigt, indien en nadat een van de verzekerden door CZ als verzekeringnemer is aanvaard.

6.4. De verschuldigde en opeisbare bedragen dienen bij vooruitbetaling voldaan te worden over een periode en op een wijze van betaling, zoals met CZ is overeengekomen. De over een betreffende periode verschuldigde en opeisbare bedragen behoren volledig vóór de eerste dag van die periode in het bezit van CZ te zijn. Vorderingen zijn ondeelbaar en dienen gezamenlijk voldaan te worden. Ontvangen bedragen dienen ter inlossing van de langst openstaande vorderingen van CZ. Indien CZ de verschuldigde bedragen incasseert van de daartoe aangewezen bankrekening, ontslaat het niet tijdig incasseren van de verschuldigde bedragen door CZ verzekeringnemer niet van zijn verplichting tot tijdige betaling. Ten behoeve van nakoming van de plicht tot betaling van de in artikel 6.2. genoemde kosten kan door de verzekeringnemer en/of verzekerde geen beroep worden gedaan op compensatie, wel door CZ.

6.5. Worden in de loop van de periode waarop de verschuldigde bedragen betrekking hebben, nieuwe personen aangemeld, dan dienen de verschuldigde en opeisbare bedragen voor deze personen over het resterende deel van die periode in het bezit van CZ te zijn voor de aanvang van de dekking voor die personen.

6.6. Doordat de verzekeringnemer één maand vanaf het moment, waarop de door de verzekeringnemer verschuldigde bedragen opeisbaar worden, zijn plicht tot betaling niet of niet geheel nakomt, is hij ingebreke en wordt de verzekering beëindigd overeenkomstig het bepaalde onder c. van artikel 5.3., zonder dat daar een uitdrukkelijke ingebrekestelling voor vereist is. Bij deze beëindiging is de tussenkomst van een rechter uitgesloten en blijft de verzekeringnemer verplicht om alle verschuldigde en opeisbare bedragen te voldoen.

6.7. De verzekeringnemer is één procent verdragingssschade per maand verschuldigd, gerekend over de verschuldigde en opeisbare bedragen van de periode, gedurende welke de verzekeringnemer ingebreke is. Bovendien is de verzekeringnemer een volledige vergoeding van alle voor invordering gemaakte kosten verschuldigd.

6.8. Indien de verzekeringnemer ingebreke is, zijn de verplichtingen van CZ opgeschort. Dit is ook van toepassing op de verplichtingen van CZ uit de aanvullende verzekering, indien verzekeringnemer ingebreke is met betrekking tot diens verplichtingen uit de wettelijke verzekering. Na voldoening van alle verschuldigde en opeisbare bedragen herleven de verplichtingen van CZ, onverlet de eventuele beëindiging van de verzekering.

6.9. Onder aftrek van administratiekosten wordt aan de verzekeringnemer restitutie aangaande de reeds betaalde bedragen verleend ter hoogte van een door CZ te bepalen bedrag over de periode, die is gelegen na de beëindiging van de verzekering.

6.10. Indien de verzekering deel uitmaakt van een collectieve overeenkomst ten aanzien van ziektekostenverzekering tussen CZ en een onderneming, instelling of andere rechtspersoon, geldt ten aanzien van de in artikel 6. bedoelde verplichtingen van de verzekeringnemer, voor zover hier van toepassing, een hoofdelijke aansprakelijkheid voor zowel bovengenoemde onderneming, instelling of rechtspersoon als de verzekeringnemer, tenzij anders is overeengekomen.

6.11. Indien de verzekeringnemer of een der verzekerden nog ingebreke is met betrekking tot een bij CZ gesloten verzekering die inmiddels beëindigd is, heeft CZ met betrekking tot de lopende verzekering:

- a. het recht op compensatie als bedoeld in artikel 6.4.,
- b. het recht tot beëindiging als bedoeld in artikel 6.6., of
- c. het recht tot opschorting als bedoeld in artikel 6.8..

## 7. Eigen risico

7.1. CZ stelt het eigen risico vast bij ingang van de verzekering. Tijdens de duur van de verzekering vindt deze vaststelling telkens plaats op 1 januari. Het eigen risico is van toepassing op alle



verzekerden, die op de polis staan vermeld. Het eigen risico geldt per jaar of voor het nog resterende deel daarvan.

7.2. Het aantal verzekerden, hun actuele leeftijd en hun leeftijd ten tijde van het aangaan van de verzekering(en), de ziekenhuisklasse en de gesloten verzekering of combinatie van verzekeringen in het betreffende jaar zijn bepalend voor de vaststelling van het eigen risico.

7.3. Indien de verzekering in de loop van het jaar tot stand komt, wordt het eigen risico van dat jaar berekend door het eigen risico voor een geheel jaar te vermenigvuldigen met het aantal maanden waarop de verzekering in dat eerste jaar betrekking heeft, waarbij de maand waarin de verzekering tot stand komt buiten beschouwing wordt gelaten, en de uitkomst vervolgens te delen door twaalf.

7.4. In de loop van het jaar wordt het eigen risico voorzover dit nog resteert, vermindert met bedragen:

- a. die betrekking hebben op een verzekering, waarop het eigen risico van toepassing is dat als zodanig op de polis staat vermeld, en
- b. die door CZ volgens de dekking van de gesloten verzekering(en) zouden zijn betaald, indien geen eigen risico aanwezig zou zijn geweest, en
- c. die betrekking hebben op kosten in het jaar, waarop het eigen risico van kracht is, en
- d. voorzover de kosten niet zijn gemaakt in het buitenland.

7.5. Indien een onafgebroken opname, observatie, verpleging of verzorging in een ziekenhuis plaatsvindt gedurende een periode, die langer duurt dan vierentwintig uur en niet eindigt in het jaar, waarin de ziekenhuisopname is aangevangen, wordt in afwijking van het bepaalde in artikel 7.4. onder c. uitsluitend het eigen risico vermindert van het jaar, waarin deze periode is aangevangen.

7.6. Het eigen risico of het nog resterend deel daarvan wordt niet vermindert en niet in geld gerestitueerd bij beëindiging van de verzekering voor alle verzekerden in de loop van het jaar, behalve:

- a. wanneer de verzekeringnemer en/of verzekerden in directe aansluiting op de beëindigde verzekering opnieuw een hoofdverzekering aangaan bij CZ of voor de wettelijke verzekering worden ingeschreven bij het ziekenfonds dat in concernverband met CZ is verbonden, of;
- b. wanneer de beëindiging van deze verzekering plaatsvindt als gevolg van het overlijden van de laatste verzekerde.

In deze gevallen wordt het eigen risico van het laatste jaar berekend door het eigen risico voor een geheel jaar te vermenigvuldigen met het aantal maanden waarop de verzekering betrekking heeft gehad, waarbij de maand waarin de verzekering eindigt als volle maand meetelt, en de uitkomst vervolgens te delen door twaalf. Als ingediende nota's geleid hebben tot vermindering van het eigen risico die meer bedraagt dan het eigen risico van het laatste jaar tengevolge van bovenstaande herberekening, wordt dit meerdere bedrag door CZ gerestitueerd.

7.7. Dit artikel is alleen van toepassing, als de hoofdverzekering ten aanzien van al haar vergoedingen een eigen risico heeft, dat bovendien op de polis staat vermeld.

## 8. Uitsluitingen

CZ is geen vergoeding verschuldigd van (dat deel van de) kosten:

- a. welke veroorzaakt zijn door of verband houden met een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, mouterij, terrorisme, sabotage, rellen, relletjes of opstootjes, zoals deze zijn omschreven in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponneerd;
- b. ten gevolge van atoomkernreacties, tenzij veroorzaakt door radio-actieve nucliden, die zich in overeenstemming met een door de rijksoverheid afgegeven vergunning buiten een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn te worden gebruikt, en krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade niet aansprakelijk is;
- c. ten gevolge van:

- grove schuld, (voorwaardelijk) opzet of al dan niet uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde;
- ernstige nalatigheid van de verzekerde in het opvolgen van voorschriften van de behandelend arts of therapeut;
- gedragingen, waardoor genezing van de verzekerde in ernstige mate wordt belemmerd;
- d. welke veroorzaakt zijn door of verband houden met de omstandigheid, dat de betreffende verzekerde is overgegaan tot het plegen of medeplegen van, of het deelnemen of medeplichtig zijn aan een misdrijf of een poging daartoe, of het deelnemen aan kaping, verzets-, sabotage- of terreurdaden;
- e. ten gevolge van ziekten of afwijkingen van een verzekerde welke reeds bestonden vóór de aanvraag van de verzekering en welke als zodanig reeds bekend waren bij de verzekeringnemer of verzekerde ofwel bij de verzekerde klachten veroorzaakten en waarvan noch door de verzekerde noch door de verzekeringnemer bij de aanvraag van de verzekering mededeling is gedaan aan CZ;
- f. op vergoeding waarvan aanspraak gemaakt zou kunnen worden op grond van een andere overeenkomst - al dan niet van oudere datum - , één der volksverzekeringen of sociale verzekeringswetten, een andere wettelijke regeling, een regeling van overheidswege of subsidieregeling, indien de in deze voorwaarden bedoelde verzekering van de verzekerde niet zou hebben bestaan;
- g. welke verband houden met een verpleging, behandeling, consult, ingreep, levering of verrichting, waarop aanspraak gemaakt zou kunnen worden op grond van een andere overeenkomst - al dan niet van oudere datum - , één der volksverzekeringen of sociale verzekeringswetten, een andere wettelijke regeling, een regeling van overheidswege of subsidieregeling, indien de in deze voorwaarden bedoelde verzekering van de verzekerde niet zou hebben bestaan;
- h. ten aanzien van behandelingen, welke naar het oordeel van CZ getoetst aan de voor ons land geldende medische normen geen algemeen medische erkenning verkrijgen of zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevinden;
- i. gedeclareerd door een psycholoog, tenzij de voorwaarden van een verzekering anders bepalen;
- j. gedeclareerd door een psychotherapeut, psychiater of zenuwarts met betrekking tot psychotherapie, tenzij de voorwaarden van een verzekering anders bepalen;
- k. gedeclareerd met betrekking tot psycho-analyse en medisch opvoedkundige kwesties;
- l. voor vormverbeterende of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van een verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- m. voor verpleging in een hogere ziekenhuisklasse dan waarop krachtens de verzekering aanspraak gemaakt kan worden;
- n. voor het ongedaan maken van de gevolgen van een vrijwillig ondergane sterilisatie;
- o. welke krachtens de A.W.B.Z. in de vorm van eigen bijdragen niet voor vergoeding in aanmerking komen, tenzij de voorwaarden van een verzekering anders bepalen;
- p. welke veroorzaakt zijn door of verband houden met onderzoeken, controles en behandelingen van preventieve aard, tenzij in de voorwaarden van een verzekering anders is bepaald, of bevolkingsonderzoeken;
- q. welke veroorzaakt zijn door of verband houden met keuringen, het afgeven van attesten en vaccinaties met betrekking tot kinderziekten en reizen, behoudens in de Regeling Farmaceutische Zorg of in de voorwaarden van een verzekering anders is bepaald;
- r. welke veroorzaakt zijn door of verband houden met behandeling, verpleging, consulten, verrichtingen of leveringen, welke naar het oordeel van CZ niet tot doel hebben het bestrijden van ziekten of ziekteverschijnselen of het voorkomen van verergering daarvan;
- s. welke veroorzaakt zijn door of verband houden met behandelingen, consulten, leveringen dan wel verblijf of verpleging in instellingen, inrichtingen of instituten, waarvan de kosten ten laste van de A.W.B.Z. of Ziekenfondswet worden gebracht op grond van een subsidieregeling of subsidiebesluit;
- t. welke verband houden met orthodontische behandelingen ingeval van geheel of nagenoeg geheel esthetische indicaties;
- u. welke verband houden met behandeling op of ziekenvervoer naar een andere, eventueel verder weg gelegen plaats dan waar de verzekerde zonder voorafgaande aantoonbare medische noodzaak redelijkerwijs op is aangewezen;

- v. welke verband houden met zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- w. welke verband houden met behandeling, verpleging, consulten, verrichtingen door een verpleegkundige of een ziekenverzorgende, tenzij de voorwaarden van een verzekering anders bepalen;
- x. welke verband houden met onderzoek, behandeling, verpleging, consulten, verrichtingen door een niet wettelijk erkende instelling of instituut, tenzij de voorwaarden van een verzekering anders bepalen;
- y. hoe ook genaamd, welke verband houden met omwisselen naar of betaling in vreemde valuta of betaling op bankrekeningen buiten Nederland.

## 9. Informatie

9.1. De verzekeringnemer en de verzekerde(n) geven vanaf de ingang van de verzekering toestemming om:

- a. namens hen inlichtingen bij derden in te winnen danwel aan derden te verschaffen, welke CZ nodig acht om de uit de gesloten verzekering(en) voortvloeiende verplichtingen na te kunnen (doen) komen;
- b. namens hen met zorgverleners en leveranciers van goederen over de in rekening gebrachte dan wel te brengen kosten te onderhandelen en zo nodig - op kosten van CZ - te procederen;
- c. alle gegevens aangaande verzekeringnemer en verzekerde(n), die CZ noodzakelijk acht voor de uitvoering van de gesloten verzekering(en) in de persoonsregistraties van CZ op te nemen.

9.2. De verzekeringnemer dient aan CZ binnen 30 dagen schriftelijk alle veranderingen mede te delen, die naar het oordeel van CZ invloed hebben of kunnen hebben op de rechten of plichten uit de gesloten verzekering(en), tenzij deze veranderingen overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden worden beschouwd als wijziging van de verzekering.

9.3. De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht CZ onmiddellijk in kennis te stellen en de gewenste inlichtingen te verstrekken indien een derde voor vergoeding van kosten dan wel voor vermindering van het eigen risico aansprakelijk kan worden gesteld.

9.4. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn bij CZ laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

9.5. De door de verzekerde gemaakte kosten komen niet voor vergoeding in aanmerking en overige verplichtingen van CZ worden niet uitgebreid, zolang de verzekeringnemer de verplichting uit dit artikel niet of niet tijdig nakomt.

## 10. Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door CZ gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een reglement van toepassing, dat ter inzage ligt en verkrijgbaar is bij CZ.

## 11. Herziening

11.1. CZ heeft het recht de verzekeringsvoorwaarden, de premie en eigen risico bedragen tijdens de duur van de verzekering(en) groepsgewijs danwel voor alle verzekeringsovereenkomsten te herzien.

11.2. Indien de verzekeringnemer niet met de herziening akkoord gaat, dient hij hiervan binnen 30 dagen na de berichtgeving door CZ schriftelijk aan CZ mededeling te doen. De verzekeringnemer wordt geacht in te stemmen met de herziening, als CZ binnen deze termijn geen schriftelijke opzegging of schriftelijk bezwaar van de verzekeringnemer heeft ontvangen. Deze bepaling is niet van toepassing op herziening van een verzekering op grond van een collectieve overeenkomst.

11.3. Als een herziening van de verzekering in de zin van dit artikel wordt niet beschouwd een verandering met betrekking tot:

- a. de voorwaarden of premie op grond of naar aanleiding van maatregelen bij of krachtens wet.
- b. de voorwaarden of premie welke niet tot gevolg heeft of kan hebben, dat de rechten van de verzekeringnemer en/of verzekerde(n) worden verminderd of hun verplichtingen worden verzwaaard.
- c. de premie en/of het eigen risico wegens het bereiken van de leeftijd, die volgens de vastgestelde leeftijdsschijven verandering van premie en/of eigen risico met betrekking tot de betreffende verzekerde tot gevolg heeft.
- d. de voorwaarden of premie, voor zover deze betrekking hebben op een verzekering, die niet door de verzekeringnemer is gesloten.
- e. het eigen risico, doordat de vermindering van dit eigen risico tengevolge van ingediende en vergoede rekeningen tijdens het jaar ongedaan gemaakt wordt bij aanvang van het daarop volgende jaar.
- f. de voorwaarden, de premie of het eigen risico waar het betreft een bewerkte omzetting van geldswaarden van Nederlandse Guldens in Euro 's.

## 12. Klachten en geschillen

12.1. Nadat klachten ter kennis van CZ zijn gebracht en deze naar redelijke verwachtingen niet zijn weggenomen, kunnen deze worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.

12.2. Indien de verzekeringnemer of verzekerde niet akkoord gaat met de afwikkeling van de verzekering, dient hij binnen 30 dagen na ontvangst van het bericht van afhandeling van de betreffende rekening schriftelijk aan het bestuur van CZ hiervan mededeling te doen.

12.3. Het bestuur van CZ beslist binnen 60 dagen na ontvangst van de schriftelijke mededeling over het geschil en stelt de verzekeringnemer danwel de verzekerde van de beslissing op de hoogte.

12.4. Indien de verzekeringnemer of verzekerde niet akkoord gaat met de beslissing van het bestuur van CZ, is hij bevoegd een beroep te doen op de bevoegde rechter. Indien het geschil een medisch karakter kent heeft de verzekeringnemer of verzekerde de bevoegdheid het geschil door arbitrage te laten beslechten. In dat geval zal een arbitragecommissie van drie artsen worden samengesteld, waarvan één door de verzekeringnemer of verzekerde wordt aangewezen, één door CZ en de derde door de beide reeds aangewezen artsen gezamenlijk. De arbitragecommissie beslist in hoogste instantie.

12.5. De kosten van arbitrage zijn voor rekening van de in het ongelijk gestelde partij.

## 13. Slotbepaling

In alle gevallen waarin de verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist het bestuur van CZ.