

Polisvoorwaarden 2007
Zorg Vrij Polis

Zorg en Zekerheid
voor u

Polisvoorwaarden 2007
Zorg Vrij Polis

Geachte verzekerde,

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

Zorgverzekeringswet

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

De zorgverzekering

Iedereen is verplicht een zorgverzekering af te sluiten.

- 4 Zorgverzekeraars hebben de plicht om iedereen te accepteren. De premie mag niet afhangen van gezondheidsrisico of de leeftijd van verzekerden. Iedereen moet zich individueel verzekeren. Kinderen tot 18 jaar zijn gratis verzekerd.

Wettelijk geregeld

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

De Zorg Vrij Polis van Zorg en Zekerheid

Wanneer u bij ons de Zorg Vrij Polis afsluit, heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in de Zorgverzekeringswet. Het is belangrijk te weten dat de Zorg Vrij Polis volgens het restitutie-systeem werkt. Dit betekent dat u gewoonlijk een rekening ontvangt voor de zorg die onder deze zorgverzekering valt. Eventueel declareert de zorgverlener rechtstreeks aan ons. U bent vrij om te kiezen naar welke zorgverleners/instellingen u gaat. Mocht u te maken hebben met een wachttijd, dan kan Zorg en Zekerheid via de Zorgservice voor u bemiddelen. U kunt in zo'n geval bellen naar (071) 5 825 828. Met de Zorg Vrij Polis profiteert u van een grote keuzevrijheid voor zorgverleners en instellingen. Want wij zijn er voor u.

Op www.zorgenzekerheid.nl kunt u zien met welke zorgverleners in uw buurt wij een overeenkomst hebben.

Meer weten?

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

Zorg en Zekerheid

Oktober 2006

Inhoudsopgave

Begripsomschrijvingen	6
Grondslag van de verzekering	9
Geneeskundige zorg	11
Uitsluitingen	22
Verzekeringsvoorwaarden	23
Waar kunt u terecht voor informatie	28

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Ambulancevervoer

Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

Apotheker

Een ingevolge de Wet BIG geregistreerde apotheker die is ingeschreven krachtens artikel 14 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) (Stb.1958, 408) in het register van gevestigde apothekers.

Apotheekhoudend huisarts

Een ingevolge de Wet BIG geregistreerde huisarts, die als gevestigd apotheekhoudend huisarts bevoegd is tot het uitoefenen van de artseneerbereidkunde en krachtens artikel 14 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) is ingeschreven in het register van apotheekhoudend geneeskundigen dan wel de gevestigd huisarts, die met een apotheekhoudend huisarts gezamenlijk de praktijk uitoefent en in het bezit is van de in artikel 6, lid 5, van de WOG bedoelde associatievergunning.

6 *Bekkenfysiotherapeut*

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

Bedrijfsarts

Een arts die als arts arbeid en gezondheid, bedrijfsarts, is ingeschreven in het betreffende register van de erkende Sociaal Geneeskundigen, dat wordt bijgehouden door de Sociaal-Geneskundigen Registratie (SGRC) Commissie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling, die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de

toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvies.

Collectiviteit

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

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

Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het 'Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992' dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het week-einde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Grieken-

land, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de 'Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte') zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De aflevering van de bij of krachtens het 'Besluit Zorgverzekering' aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door Zorg en Zekerheid vastgestelde nadere reglement.

Fysiotherapeut

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

Gebruikelijke zorg

Behandeling die door de internationale wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Voor de beoordeling daarvan sluiten wij ons aan bij de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 30 september 2004, te weten dat hierbij alle relevante gegevens in aanmerking dienen te worden genomen waaronder met name literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van deskundigen. Beslissingen worden op basis van de beste evidence genomen.

Gecontracteerde zorg

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door Zorg en Zekerheid vastgestelde

Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Kaakchirurg

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

Kinderfysiotherapeut

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

Kraamcentrum

Een instelling, bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door Zorg en Zekerheid als zodanig erkende instelling.

Kraambureau

Een organisatie die zorgdraagt voor de levering van kraamzorg op het woonadres of verblijfplaats van de verzekerde.

Laboratoriumonderzoek

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

Logopedist

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

Marktconform

Het tarief dat naar redelijkheid passend is op de Nederlandse markt in gebruikelijke markt-omstandigheden.

Manueel therapeut

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

Medisch adviseur

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

Medisch noodzakelijk/noodzaak

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

Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Mondhygiënist

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

Oedeemtherapeut

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

8

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

Opname

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

Orthodontist

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

Redelijke afstand

Redelijke afstand tot gecontracteerde zorg is een vastgestelde straal in kilometers vanuit de woonplaats van de verzekerde. Een lijst met redelijke afstanden met betrekking tot de diverse vormen van zorg wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid. U kunt voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoon-

nummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels of kijken op onze website www.zorgenzekerheid.nl.

Revalidatie

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

Spoedeisende zorg

Zorg die medisch noodzakelijk is en redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden. Dit wordt achteraf getoetst door Zorg en Zekerheid.

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Verblijf

Verblijf gedurende tenminste 24 uur.

Verdragsland

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

Verloskundige

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

Verzekerde

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

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

WVG-tarief

Het tarief zoals opgenomen in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (N.B. Indien in 2007 de WVG (nog) niet in werking is getreden dient voor WVG tarief WTG (Wet Tarieven Gezondheidszorg) tarief gelezen te worden).

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

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

Zittend ziekenvervoer

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

Zorgpolis

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

Zorgverzekeraar

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

Grondslag van de verzekering

Artikel 2

1. Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet. De zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer;
2. Naast de zorgpolis verstrekt Zorg en Zekerheid als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een inschrijvingsbewijs op vertoon waarvan de verzekerde de zorg waar op basis van deze polis aanspraak bestaat kan inroepen bij een,

voor zover de polis dit voorschrijft, door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerd zorgverlener;

3. De kosten van zorg op basis van deze zorgpolis kunnen behoudens eigen bijdrage door de verzekerde bij Zorg en Zekerheid worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst is tussen zorgaanbieder en Zorg en Zekerheid op grond waarvan rechtstreekse declaratie door de zorgaanbieder aan Zorg en Zekerheid plaatsvindt;
4. De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten;
5. De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen;
6. Deze polis staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.

Dekking

Artikel 3

1. Deze polis omvat de aanspraak op vergoeding van kosten voor verzekerden wonend in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekerden;
2. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
 - a. Het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum) tarief;
 - b. Indien en voor zover er geen, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG), vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag;
3. a. Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg niet binnen redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden;
- b. Bij het vaststellen en uitvoeren van haar beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert Zorg en Zekerheid voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en zonedig algemeen geaccep-

teerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren;

4. Indien en voor zover Zorg en Zekerheid meer vergoedt dan waartoe zij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt de verzekerde geacht aan Zorg en Zekerheid een volmacht tot incasso op naam van Zorg en Zekerheid van het door de verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde te hebben verleend.

No-claimteruggave

Artikel 4

1. Indien gedurende een kalenderjaar de kosten van de op basis van deze zorgpolis verzekerde genoten zorg minder bedragen dan € 255,00 heeft de verzekerde jegens Zorg en Zekerheid recht op betaling van een bedrag, de zogenaamde no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255,00 en de waarde van de hierboven genoemde ontvangen zorg. Op de no-claimteruggave zijn niet van toepassing:
 - de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek;
 - de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.
2. Verzekerden die op 31 december van het in artikel 4 lid 1 bedoelde kalenderjaar jonger dan achttien jaar zijn, komen niet in aanmerking voor een no-claimteruggave;
3. Voor de toepassing van deze regeling als bedoeld in het artikel 4 lid 1 is de situatie op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling van het recht op no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná vaststelling en binnen 1 jaar na bovengenoemde 1 april blijkt dat voor het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van Zorg en Zekerheid worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door Zorg en Zekerheid vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer;
4. Voor de bepaling van de hoogte van het bedrag op no-claimteruggave is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, of indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt de no-claimteruggave berekend door het bedrag van € 255,00 in het betreffende kalenderjaar te vermenig-

vuldigen met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep dan wel, indien de verzekerde achttien jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar;

5. Indien het voorgaande van toepassing is, wordt de no-claimteruggave berekend door van het bedrag dat op basis van het voorgaande lid berekend is, af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop premie verschuldigd was. Voor de vaststelling van de no-claimteruggave wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

Eigen risico

Artikel 5

1. Op deze polis is per kalenderjaar een eigen risico per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde gekozen eigen risico is in dat geval vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. De verzekeringnemer heeft het recht te kiezen voor het eigen risico met bijbehorende premiekorting. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleend, vallen buiten het eigen risico. In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het eigen risico;
2. Kosten van zorg die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claimteruggave, bedoeld in artikel 4, en worden daarna in de eventuele berekening van het eigen risico betrokken;
3. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar;
4. Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:
 - a. Ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen

- dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - b. De op grond van artikel 5 lid 1 berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld, en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 - c. De uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
5. Voor de vaststelling van het eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend;
 6. Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd;
 7. Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het eigen risico uitkomen. Het eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald;
 8. Wijziging van het geldende eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar, met uitzondering van hetgeen bepaald is in artikel 30 lid 2.

Geneeskundige zorg

Artikel 6 Huisartsenzorg

Wij vergoeden de kosten voor:

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

Voorwaarde:

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

Als uitsluitingen gelden onder meer:

- het maken van een ECG anders dan bedoeld in artikel 6 lid c;
- een griepvaccinatie op eigen verzoek;
- medische keuringen.

Artikel 7 Medisch specialistische zorg

7.1 Algemeen

Voor in de artikelen 7 tot en met 17 genoemde vormen van zorg (dit geldt niet voor acute zorg) is een verwijzing noodzakelijk door uw huisarts of bedrijfsarts, medisch

specialist, of in het geval dat het verloskundige zorg betreft, door een verloskundige. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is. Een overzicht van de marktconforme tarieven per DBC uit segment B is aan te vragen bij Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of te vinden op onze website www.zorgenzekerheid.nl.

7.2 Ziekenhuisopname

Wij vergoeden de kosten voor:

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

Voorwaarden:

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

7.3 Niet-klinische medisch specialistische zorg

Wij vergoeden de kosten voor:

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

Voorwaarden:

- er dient sprake te zijn van gebruikelijke medisch specialistische zorg;
- voor aanspraak op mondzorg, in geval van behandeling

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

7.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

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

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

Voorwaarde:

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

Uitgesloten behandelingen:

1. Behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
2. Abdominoplastiek, tenzij er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooien of van een zeer ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.
3. Liposuctie van de buik;
4. Het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstampuatie;
5. Het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstampuatie.

Artikel 8 Verloskundige zorg en kraamzorg

8.1 Algemeen

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben recht op vergoeding van de kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen en huisartsen deze plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is. De verloskundige zorg kan worden geleverd door een verloskundige of een huisarts. De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben recht op kraamzorg zoals kraamverzorgenden deze plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is. De kraamzorg bestaat uit de noodzakelijk moeder- en kindzorg en -indien van toepassing- de huishouding. De kraamzorg kan worden geleverd door een kraamverzorgende welke bijvoorbeeld is verbonden aan een kraamcentrum, kraambureau of ziekenhuis. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

8.2 Bevalling en/of kraambed met medische noodzaak in een ziekenhuis

Wij vergoeden de kosten voor:

- medisch specialistische (verloskundige) hulp, als bedoeld in artikel 7, al dan niet in combinatie met behandeling en verpleging alsmede verblijf in het ziekenhuis. Dit geldt voor moeder en, met ingang van de dag van de bevalling, haar kind.

Voorwaarden:

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

8.3 Bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak

8.3a In een ziekenhuis en/of kraamcentrum

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

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

Eigen bijdrage:

Voor kraamzorg in een ziekenhuis en/of kraamcentrum is zowel voor de moeder als haar kind een eigen bijdrage verschuldigd van € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis en/of kraamcentrum € 102,00 per dag te boven gaat. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor

de polis geldende eigen risico. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis en/of kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis en/of kraamcentrum. (zie artikel 8.4)

8.3b Bevalling en kraambed thuis

U heeft recht op:

- verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de huisarts of verloskundige;
- de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- kraamzorg conform artikel 8.4.

8.4 Kraamzorg

U heeft recht op:

- kraamzorg van tenminste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste tien aaneengesloten dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling;
- de inschrijving en intake door een kraambureau.

Voorwaarden:

- aanmelding voor kraamzorg dient plaats te vinden via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer: 0900 222 44 66) bij voorkeur vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum;
- het aantal uren kraamzorg wordt vastgesteld door het kraambureau op basis van het indicatieprotocol;
- de kraamzorg dient te worden verleend onder verantwoordelijkheid van een kraambureau op aanwijzing van de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn'.

Eigen bijdrage:

Voor de kosten van kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 3,60 per uur. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

8.5 Combinatie van de kraamzorg genoemd onder 8.2 t/m 8.4

Bij een combinatie van de hierboven genoemde kraamzorg worden de kosten voor maximaal 10 aaneengesloten dagen vergoed, met dien verstande dat indien de desbetreffende instellingen dezelfde dag in rekening brengen, deze 'dubbele' dag eveneens wordt vergoed, alles overeenkomstig de hiervoor van toepassing zijnde regelingen (artikel 8.2 t/m 8.4).

Overige medisch specialistische zorg

Artikel 9 Revalidatie

Wij vergoeden de kosten voor:

- revalidatie in een klinische (opname) of poliklinische (deeltijd- of dagbehandeling) situatie.

Voorwaarden:

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

Artikel 10 Orgaantransplantaties

Wij vergoeden de kosten voor:

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

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

Voorwaarde:

- u dient vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid.

Uitsluitingen:

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

Artikel 11 Nierdialyse

14

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

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

Wij vergoeden, in geval van thuisdialyse, behalve op bovengenoemde aanspraken, de kosten voor:

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

die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

Voorwaarde:

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

Artikel 12 Mechanische beademing

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

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

Wij vergoeden, bij noodzakelijke mechanische beademing thuis de kosten voor:

- het door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparaat voor elke behandeling aan de verzekerde;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door een beademingscentrum;
- de beademing ten huize van de verzekerde dient plaats te vinden onder de verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Artikel 13 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Wij vergoeden de kosten voor:

- centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKioN).

Artikel 14 Trombosedienst

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

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

Artikel 15 Erfelijkheidsonderzoek

Wij vergoeden de kosten voor:

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

Voorwaarden:

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

Artikel 16 Audiologische Zorg

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

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen hoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

Voorwaarde:

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

Artikel 17 Fertiliteitsbevordering

Wij vergoeden de kosten voor:

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

Voorwaarden:

- er dient sprake te zijn van een medische indicatie en verwijzing van een huisarts;
- de behandeling dient plaats te vinden in een gecontracteerde vergunninghoudende instelling;
- er dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en

Zekerheid, waarbij aanvullende voorwaarden kunnen worden gesteld.

Uitsluitingen:

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

Artikel 18 Paramedische zorg

18.1 Algemeen

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

De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is binnen de paramedische zorg.

De lijst van basisaanspraken voor fysiotherapie die voor vergoeding in aanmerking komen, maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zenden wij u desgevraagd toe of kunt u raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl.

18.2 Algemene voorwaarden fysiotherapie

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- in geval van een verbijzonderde zitting dient de behandeling uitgevoerd te worden door een fysiotherapeut die geregistreerd staat in het betreffende deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- in geval van oedeemtherapie kan de behandeling worden uitgevoerd door een huidtherapeut;
- een chronische indicatie dient onder Bijlage 1 van de ministeriële regeling te vallen. Voor een aantal indicaties in deze regeling is er sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode zoals in Bijlage 1 is aangegeven; Voor een chronische indicatie geldt dat de therapie medisch noodzakelijk dient te zijn en door uw behandelend arts en medisch specialist te zijn voorgeschreven.

18.3 Algemene voorwaarden oefentherapie

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een

- oefentherapeut;
- de therapie dient medisch noodzakelijk te zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist zijn voorgeschreven;
- een chronische indicatie dient onder Bijlage 1 van de ministeriële regeling te vallen. Voor een aantal indicaties in deze regeling is er sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode zoals in Bijlage 1 is aangegeven.

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

Chronische indicatie

Wij vergoeden de kosten voor:

- het medisch noodzakelijke aantal behandelingen fysiotherapie of oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar.

Uitsluiting:

- de eerste 9 behandelingen fysiotherapie of oefentherapie indien er sprake is van een eerste behandelserie bij een chronische indicatie.

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

16 Chronische indicatie

Wij vergoeden de kosten voor:

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

Niet-chronische indicatie

Wij vergoeden de kosten voor:

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

18.6 Ergotherapie

Wij vergoeden de kosten voor:

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

Voorwaarden:

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een ergotherapeut;

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

18.7 Logopedie

Wij vergoeden de kosten voor logopedische behandeling.

Voorwaarden:

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

Uitsluitingen:

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

18.8 Dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten voor:

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

Voorwaarden:

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

Mondzorg

Artikel 19 Mondzorg

19.1. Algemene bepalingen

- Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstand dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist.
- mondzorg wordt geleverd door een tandarts tenzij in de polis uitdrukkelijk anders vermeld staat;
 - de mondzorg omvat geen behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig niet doelmatig zijn;
 - prothetische voorziening vervaardigd en gedeclareerd

door een tandtechnicus komen niet voor vergoeding in aanmerking.

19.2

U heeft recht op vergoeding van de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg in de volgende gevallen:

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

19.3.

Onder vergoeding van de kosten van zorg, bedoeld in het artikel 19.2 onder a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstige geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembaar prothese.

19.4.

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

19.5.

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar in andere gevallen dan artikel 19.2 onder a tot en met c;

- a. Periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- b. Incidenteel tandheelkundig consult;
- c. Het verwijderen van tandsteen;
- d. Fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is

aangewezen;

- e. Sealing;
- f. Parodontale hulp;
- g. Anesthesie;
- h. Endodontische hulp, met uitzondering van uitwendig bleken;
- i. Restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- j. Gnathologische hulp;
- l. Tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van de tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- m. Chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- n. Röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

Preventieve behandelingen zoals genoemd in dit artikel onder sub c, d, e en f kunnen op verwijzing van de tandarts ook uitgevoerd worden door een vrijgevestigd mondhygiënist. Behandelingen zoals genoemd in dit artikel onder sub g kunnen alleen in opdracht van een tandarts uitgevoerd worden.

Het geven van tandheelkundige voorlichting en instructie, met als doel het gedrag dat de mondgezondheidszorg bevordert, te stimuleren kan op verwijzing van de tandarts uitgevoerd worden door de vrijgevestigd mondhygiënist.

19.6

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder in gevallen dan artikel 19.2 onder a tot en met c:

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

19.7

De verzekerde van 18 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge artikel 19.2 onder a onderscheidenlijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge artikel 19.2 onder b tot gelding brengt, is, indien preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastisch materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een eigen bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening gebracht mag

worden indien zodanige prestatie niet in het kader van artikel 19.2 onder a en b (derhalve slechts tegen reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.

19.8

De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in artikel 19.2, een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,00 per kaak.

19.9

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

19.10

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

18 19.11

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van hulp, bedoeld in artikel 19.2 onder a tot en met c en artikel 19.5 onder l is voorafgaande toestemming van Zorg en Zekerheid vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd. De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

19.12

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg in geval van behandeling door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg is voorafgaande toestemming van Zorg en Zekerheid vereist, indien de zorg parodontale hulp, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.

19.13

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg als bedoeld in de artikel 19.2, 19.3, 19.4, 19.5 en 19.6 in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van Zorg en Zekerheid vereist.

19.14 Gebitsprothese

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding van de kosten in aanmerking een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.

Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum van bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Gezondheidszorg/ Nederlandse Zorgautoriteit goedgekeurde tarief in aanmerking.

Toestemming:

- voorafgaande toestemming van Zorg en Zekerheid is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus, inclusief techniekkosten ten hoogste € 550,00 per onder- of bovenkaak en € 1.000,00 bij een volledige prothese bedragen;
- tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

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

Artikel 20 Farmaceutische zorg

20.1 Algemene bepaling

De omvang van de aanspraak wordt bepaald door de Zorgverzekeringswet, het 'Besluit zorgverzekering' en de bijbehorende ministeriële regeling. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het door haar vastgestelde 'Reglement Farmaceutische Zorg' is voor verstrekking van het betreffende geneesmiddel voorafgaande toestemming vereist. Het Reglement maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het Reglement is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels. Zorg en Zekerheid voert voor farmacie een preferentiebeleid. Voor een nader te bepalen aantal geneesmiddelen geldt dat, indien voor het betreffende geneesmiddel vergelijkbare alternatieven beschikbaar zijn,

Zorg en Zekerheid alleen de goedkoopste variant (of varianten binnen een bandbreedte) vergoedt (zie hiervoor het Reglement).

20.2 Geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten voor de aflevering van:

- de in de ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft tenzij het geneesmiddelen betreft die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het 'Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten' indien u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op 150.000 inwoners.

Voorwaarden:

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

- Zorg en Zekerheid kan in haar Reglement nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid voor de aflevering van geneesmiddelen.

20.3 Dieetpreparaten voor medisch gebruik

Wij vergoeden de kosten voor:

- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten op medische indicatie.

Voorwaarden:

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

Artikel 21 Hulpmiddelen

De omvang van de aanspraak wordt bepaald door de ministeriële regeling (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen) en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde 'Reglement Hulpmiddelen'. Het 'Reglement Hulpmiddelen' maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het 'Reglement Hulpmiddelen' is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld die zijn opgenomen in het 'Reglement Hulpmiddelen'. Het 'Reglement Hulpmiddelen' is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

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

Wij vergoeden de kosten voor:

- verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorwaarden:

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

Uitsluitingen:

- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling en/of het 'Reglement Hulpmiddelen' anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen welke afgeleverd worden in het kader van het verblijf in een AWBZ-instelling en die worden geacht deel uit te maken van de opname en het verdere verblijf in een dergelijke instelling.

Artikel 22 Ziekenvervoer

22.1 Algemene bepaling

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

22.2 Ambulancevervoer

Wij vergoeden de kosten voor:

- medisch noodzakelijk ambulancevervoer in Nederland over een afstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand;
- het vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten - met inachtneming van een eventueel eigen risico - geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen;
- vervoer naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
- het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorg-

verlener of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;

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

Voorwaarden:

- ander vervoer (openbaar vervoer, taxi of auto) is om medische redenen niet verantwoord;
- het vervoer dient verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten krachtens deze verzekering geheel of gedeeltelijk voor rekening van Zorg en Zekerheid komen.

Uitsluiting:

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

22.3 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie

Wij vergoeden de kosten voor:

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

- u nierdialyse moet ondergaan;
- u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin u zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- het gezichtsvermogen van u zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de u zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

Voorwaarden:

- u dient vooraf toestemming te hebben verkregen van Zorg en Zekerheid daarvoor dient u het zittend ziekenvervoer aan te vragen zoals omschreven in artikel 22.4;
- kosten voor openbaar vervoer of gebruik van de (eigen) auto worden vergoed op basis van de kortst gebruikelijke afstand;
- indien het zittend ziekenvervoer per openbaar middel van

vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan Zorg en Zekerheid vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Uitsluitingen:

- u heeft geen recht op zittend ziekenvervoer wanneer het vervoer wordt gebruikt ten behoeve van: weekend- en vakantieverlof. Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig en gedurende meerdere keren per week is aangewezen op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts. Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid het vervoer van twee begeleiders toestaan.

22.4 Wijze van aanvragen zittend ziekenvervoer

- indien sprake is van genoemde indicaties dient de verzekerde contact op te nemen met de Vervoerslijn telefoonnummer (071) 5 825 700 en de desbetreffende indicatie te melden;
- door de Vervoerslijn dient te worden bepaald op welk soort vervoer de verzekerde recht heeft;
- indien de Vervoerslijn aangeeft dat taxivervoer noodzakelijk is, dient de verzekerde contact op te nemen met de Zorgvervoercentrale Nederland, telefoonnummer 0900 2 212 223.

22.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 85,00 per verzekerde per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

22.6 Wijze van declareren zittend ziekenvervoer

- de vergoeding voor vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,25 per kilometer;
- voor het declareren van de kosten indien sprake is van eigen vervoer dient u het declaratieformulier zittend ziekenvervoer in te vullen en dit samen met uw nota('s) en afsprakenkaart naar Zorg en Zekerheid toe te sturen. Voor inzendtermijnen zie voorwaarden artikel 26.1 onder f.

Artikel 23 Buitenland

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

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

- hulp volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van hulp tot 100% van het Nederlandse marktconforme tarief of WMG tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening;
- vergoeding van de kosten tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG tarief, indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor inroepen van zorg in een ander land dan het woonland.

Voorwaarden:

- voor intramurale zorg buiten het woonland (dat is opname of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht) is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid;
- vergoeding van de kosten van zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag, dan wel zoals elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven;
- verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- hulp volgens de wettelijke regeling van dat land, niet zijnde het woonland, is alleen van toepassing indien het in verdragslanden betrekking heeft op spoedeisende zorg en in een EU/EER-land op verstrekkingen die tijdens verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf;
- hulp volgens de wettelijke regeling van dat land moet ingeroepen worden volgens de voorgeschreven verdragsystematiek (Europese verzekeringspas). Ter plaatse geldende eigen betalingen tellen mee in het eigen risico.

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

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

De verzekerde heeft recht op:

- vergoeding van de kosten van hulp tot 100% van het

Nederlandse marktconforme tarief of WMG tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening. Volledige kostenvergoeding indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland.

Voorwaarden:

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

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

De verzekerde heeft naar keuze recht op:

- hulp volgens de wettelijke regeling van zijn woonland op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van hulp tot 100% van het Nederlandse marktconforme tarief of WMG tarief.

22 De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG tarief te boven gaan, blijven eveneens in alle gevallen voor uw eigen rekening.

Voorwaarden:

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

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

De verzekerde heeft recht op:

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

Voorwaarden:

- vergoeding van de kosten van zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven;

- voor intramurale zorg in het woonland is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid.

23.5 Melding spoedeisende zorg

Indien sprake is van spoedeisende zorg dient u rechtstreeks contact op te nemen met de ANWB Alarmcentrale. De ANWB Alarmcentrale is dag en nacht, 7 dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer, dat van land tot land verschilt, gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0 (71) en het nummer van de alarmcentrale (58 25 444). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 71 58 25 444 faxnummer: + 31 70 314 70 40. E-mailadres: alarmcentrale@anwb.nl. Bij noodsituaties en ziekenhuisopname dient overleg te geschieden met de ANWB Alarmcentrale. Als aan deze voorwaarde niet is voldaan, kan vergoeding worden geweigerd.

Uitsluitingen

Artikel 24

24.1 U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- a. De verschuldigde eigen bijdragen en eigen betaling krachtens de Zorgverzekeringswet en de AWBZ en van bevolkingsonderzoeken;
- b. Aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de toepasselijke ministeriële regeling anders is bepaald;
- c. Griepvaccinaties;
- d. Alternatieve geneeswijzen;
- e. Een kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofiel-gaas ter zake verloskundige zorg;
- f. Kosten die gemaakt worden voor behandelingen waarvoor van te voren een machtiging aangevraagd diende te worden en die machtiging niet van te voren is aangevraagd noch is afgegeven;
- g. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- h. Behandelingen gericht op de sterilisatie van zowel man als vrouw;
- i. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw).
- j. Behandelingen gericht op de circumcisie van mannelijke verzekerde (besnijdenis);
- k. Geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- l. Declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- m. Voor opname indien voortzetting van ziekenhuisopname medisch gezien niet meer noodzakelijk is, naar het oordeel van de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid;
- n. Van onderzoeken en behandelingen die naar weten-

schappelijke opvattingen niet algemeen aanvaard of niet gebruikelijk zijn in het kader van de uitoefening van het beroep of specialisme of niet opgenomen zijn in de wettelijke omschrijving van de beroepsuitoefeningen.

24.2 U heeft geen recht voor vergoeding van kosten:

- a. Indien deze het gevolg zijn van schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- b. Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlogen, onlusten in binnen- en/of buitenland, oproer, opstand, rellen en opstoten, muiterij:
 1. Indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
 2. De uitsluiting onder artikel 24.2 b.1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten de kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979225);
 3. Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt artikel 24.2 b.2 geen toepassing;
- c. Indien de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura- uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht Natura-uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximum bedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarden van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld heeft u in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin,

recht op prestaties van een bij de regeling bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering te bepalen omvang. Het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. is op deze polis van toepassing. Het clausuleblad is gedeponereerd op 6 januari 2005 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen via www.terrorismeverzekerd.nl en www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels;

- d. Indien de kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in artikel 23 buitenland.

24.3

U heeft geen recht op vergoeding of verstrekking indien de kosten zijn ontstaan door ziekten en of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijke geregelde verzekering, een verzekering van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of - ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten - een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden. 23

Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 25

25.1 Algemeen

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

25.2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse

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

25.3 Begin en einde van de vergoeding

Indien de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis aanspraak heeft op zorg dan wel recht heeft op vergoeding van door hem gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de

periode waarin deze verzekering van kracht is. Ten aanzien van de toerekening van een DBC geldt hetgeen is aangegeven in artikel 26 lid 1 f.

25.4 Persoonsregistratie

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

Verplichtingen verzekerde/ verzekeringnemer

Artikel 26

26.1 De verzekerde/verzekeringnemer is verplicht:

24

- a. Bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs;
- b. De behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid indien de medisch adviseur daarom vraagt;
- c. Aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot verkrijgen van alle gewenste informatie. Hieronder wordt tevens verstaan het, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijk second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
- d. Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking; het is hem niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- e. Binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde gedetineerd is;
- f. De originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen vóór 31 december van het jaar

volgens op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is. Alleen originele nota's, of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Er dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken, volledig ingevulde, declaratiesticker en/of declaratieformulier buitenland of zittend ziekenvervoer;

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

26.2

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

26.3

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

Onwaarachtige weergave van feiten

Artikel 27

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

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

Onrechtmatige inschrijving

Artikel 28

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

Premie

Artikel 29

29.1 Grondslag van de premie

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

29.2 Berekening van de premie

Grondslag van de premie

Korting eigen risico -

Tussen resultaat

Korting collectiviteit (% van tussen resultaat) -

Korting betaaltermijnen (% tussen resultaat) -

Te betalen premie

29.3 Korting op de premie voor eigen risico

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

29.4 Korting op de premie voor collectiviteiten

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

29.5 Korting op de premie voor vooruitbetaling

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

29.6 Premiebetaling

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

29.7 Schorsing

- a. Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Zorg en Zekerheid na de premie- 25
vervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;
- b. Indien Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtelijke kosten worden tenminste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd in gebreke is;
- c. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Zorg en Zekerheid zijn ontvangen.

29.8 Betaling eigen risico

- a. Met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 5 komt het eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde;
- b. Indien Zorg en Zekerheid de op grond van deze polis gedekte kosten rechtstreeks heeft vergoed aan een zorgverlener of instelling en hierop nog een eigen risico

- van toepassing is dan moet de verzekeringnemer/verzekerde het opgelegde eigen risico terugbetalen bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid;
- c. Indien de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:
1. Zorg en Zekerheid kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen met de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden vanaf de 31ste dag na de aanmaning. U blijft verplicht de betaling van het opgelegde eigen risico te voldoen;
 2. Aanspraken op vergoedingen en/of verstrekkingen herleven weer op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag inclusief de kosten door Zorg en Zekerheid is ontvangen. Bij beëindiging van de verzekering zal invordering onmiddellijk plaatsvinden;
 3. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van de degene die het eigen risico verschuldigd is. De buitengerechtelijke kosten worden ten minste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die het eigen risico verschuldigd is, in gebreke is.

26

Kennisgeving relevante gebeurtenissen

Artikel 30

30.1 Kennisgeving:

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

meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Wanneer een geboorte niet binnen vier maanden aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de verzekering pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de geboortedatum.

30.2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde

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

Herziening van premie of voorwaarden

Artikel 31

1. Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of de grondslag van de premie van de bij Zorg en Zekerheid lopende verzekering en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum. Zorg en Zekerheid maakt, eventueel op premienota's, de wijzigingen bekend;
2. De verzekeringnemer/verzekerde die zich met de gewijzigde voorwaarden niet kan verenigen, kan door opzegging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging van de verzekering schriftelijk en aangetekend bij Zorg en Zekerheid indienen binnen 30 dagen nadat de wijziging door Zorg en Zekerheid bekend is gemaakt. Zorg en Zekerheid beëindigt de verzekering met ingang van de datum van de wijziging met restitutie van de reeds voldane vooruitbetaalde premie;
3. Heeft Zorg en Zekerheid voor de dag van inwerking-treding van de gewijzigde voorwaarden of, in het geval als bedoeld in het voorgaande lid, voor de 31ste dag na de bekendmaking van de wijziging geen schriftelijk verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden;
4. De verzekeringnemer/verzekerde die zich met de verhoging van de grondslag van de premie niet kan verenigen, kan door opzegging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging van de verzekering schriftelijk en

- aangetekend bij Zorg en Zekerheid indienen vóór de dag dat de premiewijziging ingaat. Zorg en Zekerheid beëindigt de verzekering met ingang van de datum van de wijziging met restitutie van de reeds voldane vooruitbetaalde premie;
- De wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de maand waarin deze door Zorg en Zekerheid is bekend gemaakt.
 - Heeft Zorg en Zekerheid binnen 30 dagen van de gewijzigde grondslag van de premie geen schriftelijk verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd tegen de nieuwe premie;
 - De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van de voorwaarden en/of premie, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen (artikelen 11 tot en met 14 uit de Zorgverzekeringwet), daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat.

Begin en einde van de verzekering

Artikel 32

- De verzekering gaat in op de dag waarop Zorg en Zekerheid het volledig ingevulde aanvraagformulier van de verzekeringnemer heeft ontvangen.
 - Indien Zorg en Zekerheid op basis van de gegevens op het aanvraagformulier niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een verzekering te sluiten en zij in verband daarmee nadere informatie heeft opgevraagd gaat de verzekering in op de dag waarop de laatst bedoelde persoon de benodigde informatie heeft verschaft;
 - Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonedig in afwijking van artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop de plicht ontstond;
 - Indien de zorgverzekering ingaat binnen één maand nadat een eerdere zorgverzekering wegens wijziging van de voorwaarden en/of wijziging van de grondslag van de premie, met toepassing van artikel 7:940 lid 4 van het Burgerlijk Wetboek, is geëindigd door opzegging werkt deze zorgverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd;
- De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij verzekeringnemer voor 1 november van het

- lopende kalenderjaar schriftelijk en aangetekend heeft opgezegd;
- Nadrukkelijk wordt bepaald, dat Zorg en Zekerheid niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 29.7 en onwaarachtige weergave van feiten als bedoeld artikel 27;
 - De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. Zorg en Zekerheid dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;
 - De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt;
 - Indien de verzekeringnemer een andere is dan de verzekerde kan de verzekeringnemer Zorg en Zekerheid schriftelijk verzoeken om beëindiging van de verzekering van de verzekerde indien de verzekerde zich intussen elders op grond van de Zorgverzekeringwet heeft verzekerd. Zorg en Zekerheid eindigt de verzekering, en wel met ingang van de eerste van de maand, volgend op die waarop het verzoek daartoe door Zorg en Zekerheid wordt ontvangen. De verzekeringnemer dient daartoe bewijsstukken, waaruit blijkt dat verzekerde elders op grond van de Zorgverzekeringwet is verzekerd, over te leggen;
 - Indien het schriftelijke verzoek tot opzegging inclusief de benodigde bewijsstukken, als bedoeld in het voorgaande lid, wordt ontvangen voorafgaand aan de dag waarop de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt, wordt de verzekering bij Zorg en Zekerheid beëindigd met ingang van de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat.

27

Geschillen

Artikel 33

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

Zorg en Zekerheid

t.a.v. de Klachtencommissie

Postbus 400

2300 AK Leiden;

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

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postbus 291

3700 AG Zeist;

4. In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de burgerlijke rechter.

Slotbepaling

De Zorgverzekeringwet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen ten aanzien van deze verzekeringsovereenkomst. In gevallen die niet in deze verzekeringsovereenkomst zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Aldus door de ledenraad vastgesteld op 6 september 2006 met ingang van 1 januari 2007.

28 Waar kunt u terecht voor informatie?

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

Hoe krijgt u uw nota vergoed?

1. Bewaar alle originele nota's zorgvuldig;
2. Plak een sticker op uw originele nota en vul uw gegevens hierop in. Bewaar voor uw eigen administratie een kopie;
3. Dien uw originele nota in bij Zorg en Zekerheid;
4. De inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het kalenderjaar ná het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
5. Originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid. Voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming aan te vragen. Lees dit boekje met de polisvoorwaarden dus zorgvuldig door.

U kunt uw nota's sturen naar:

Zorg en Zekerheid

Team Betaling aan Verzekerden

Postbus 400

2300 AK Leiden

Declareren van nota's buitenland

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

Zorg en Zekerheid

Team Buitenland

Postbus 400

2300 AK Leiden

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

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



Polisvoorwaarden 2007
Aanvullende Verzekering

Zorg en Zekerheid
voor u

Polisvoorwaarden 2007
Aanvullende Verzekering

Inhoudsopgave

Rubriek A. Begripsomschrijvingen	5
Rubriek B. Omvang dekking	9
1. Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen	9
2. Brillenglazen, contactlenzen en brilmontuur	9
3. Buitenland	10
4. Farmaceutische hulp	12
5. Geboortezorg	12
6. Herstel en Verblijf	13
7. Huidtherapie	14
8. Hulpmiddelen	15
9. Medisch specialistische hulp	16
10. Paramedische behandelingen	17
11. Preventie	19
12. Psychologische zorg	20
13. Tandheekkundige hulp	21
14. Overige	22
Rubriek C. Verzekeringsvoorwaarden	23
1. Algemeen	23
2. Aanmelding	23
3. Aanvang en beëindiging van de verzekering	24
4. Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde	24
4 5. Dekking	25
6. Premie	25
7. Herziening van de premie en/of voorwaarden	26
8. Uitsluitingen	26
9. Dubbele dekking	27
10. Geschillen	27
11. Slotbepaling	27
Rubriek D. Waar kunt u terecht voor informatie?	27

Rubriek A. Begripsomschrijvingen

Acupuncturist

Een in Nederland gevestigde behandelaar met een opleiding op HBO-niveau in de gezondheidszorg die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA).

Anticonceptiva

Genees- en hulpmiddelen ter voorkoming van zwangerschap.

Antroposofisch therapeut

Een antroposofisch therapeut dient te voldoen aan één van onderstaande voorwaarden:

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

Apotheker

Een ingevolge de Wet BIG geregistreerde apotheker die is ingeschreven in het register van gevestigde apothekers krachtens artikel 14 van de Wet op de Geneesmiddelen-voorziening (WOG) (Stb.1958, 408).

Apotheekhoudend huisarts

Een ingevolge de wet BIG geregistreerde huisarts, die als gevestigd apotheekhoudend huisarts bevoegd is tot het uitoefenen van de artsenijbereidkunde en is ingeschreven in het register van apotheekhoudend geneeskundigen

krachtens artikel 14 van de Wet op de Geneesmiddelen-voorziening (WOG) of de gevestigd huisarts, die een gezamenlijke praktijk uitoefent met een apotheekhoudend huisarts en in het bezit is van de associatievergunning zoals bedoeld in artikel 6, lid 5, van de WOG.

Arts

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

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bestuur

Raad van Bestuur van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Chiropractor

Een in Nederland gevestigde en als zodanig geregistreerde beroepsbeoefenaar in de chiropractie met een opleiding op academisch niveau (erkend 'college of chiropractie').

Diëtist

Een in Nederland gevestigde diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen-therapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Drogisterijmiddel

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

Eigen bijdrage

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

Ergotherapeut

Een in Nederland werkzame ergotherapeut, verbonden aan een revalidatiecentrum, verpleeghuis, ziekenhuis of thuis-

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

Fleboloog/proctoloog

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

Fysiotherapeut

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

Gezin

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

Gezinslid

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

6 *Gezondheidszorgpsycholoog*

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

Haptotherapeut

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

Herstellingsoorden

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

Hoofdverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekerbaar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekerbaar.

Hospice

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

Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde en op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt en als huidtherapeut geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Huisarts

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

Hulpmiddelen

De medische hulpmiddelen die door Zorg en Zekerheid in het 'Reglement hulpmiddelen' zijn opgenomen.

Kaakchirurg

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

Kind

Ongehuwd eigen, adoptief- of pleegkind tot 18 jaar.

(Klassiek) homeopaat

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

Kraambureau

Een organisatie die zorgdraagt voor de levering van kraamzorg op het woonadres of de verblijfplaats van de verzekerde.

Kraamcentrum

Een instelling, bij door de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door Zorg en Zekerheid als zodanig erkende instelling.

Kraamzorg

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

Manueel geneeskundige

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

Manueel therapeut

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

Medisch adviseur

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

Medisch noodzakelijke repatriëring

Het medisch noodzakelijke ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar een ziekenhuis, revalidatie-instelling of verpleeghuis in Nederland, voor zover er sprake is van verblijf in het buitenland als bedoeld in artikel 3.3 onder c.

Medisch specialist

Een in Nederland gevestigde arts als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG die is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Mondhygiënist

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

Natuurgeneeskundige

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

Oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar

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

Ongeval

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

Orthodontie

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

Orthodontist

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

Orthomoleculair geneeskundige

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

Osteopaat

Een in Nederland gevestigde beroepsbeoefenaar die de aanvullende opleiding Osteopathie en een opleiding op HBO-niveau in de gezondheidszorg heeft voltooid.

Overgangsconsulent(e)

Een in Nederland gevestigde beroepsbeoefenaar opgeleid op HBO-niveau in de gezondheidszorg met een aantekening gynaecologie die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals neergelegd door bijvoorbeeld de vereniging Care for Women.

Partner

De persoon waarmee de verzekerde duurzaam samenwoont of gehuwd is en met wie de verzekerde een gemeenschappelijke huishouding voert.

Persoonsregistratie

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

Podotherapeut

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

Podoposturale therapeut

Een in Nederland gevestigde behandelaar met een opleiding op MBO/HBO-niveau in de gezondheidszorg die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld het Omni Podo Genootschap.

Podoloog

Een in Nederland gevestigde behandelaar met een opleiding op MBO/HBO-niveau in de gezondheidszorg die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Stichting LOOP.

8

Psychotherapeut

Een in Nederland gevestigde psychotherapeut als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG met een opleiding op universitair niveau die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden.

Regeling Farmaceutische Zorg

De regeling zoals deze is afgesproken en vastgelegd bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze regeling is op te vragen bij Zorg en Zekerheid en te vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

Schoonheidsspecialist

Een in Nederland gevestigde beroepsbeoefenaar met een opleiding op HBO-niveau in de gezondheidszorg die de aanvullende opleidingen van bijvoorbeeld de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) heeft voltooid.

Shiatsu-therapeut

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

Specialistische hulp

Hulp of onderzoek dat volgens de algemeen aanvaarde medische normen tot het specialisme behoort waarvoor de medisch specialist is ingeschreven en dat als gebruikelijke behandeling kan worden aangemerkt.

Standaard kraampakket

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

Tandarts

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

Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigd tandprotheticus die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus' volgens de Wet BIG.

Tandtechnicus

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

Uide verzekerde

Diegene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig als verzekerde bij Zorg en Zekerheid is ingeschreven.

Uitgebreid kraampakket

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

Verloskundige

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

Verzekering

De door de verzekeringsovereenkomst geregelde rechtsverhouding.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

Verzekeringsjaar

De op het polisblad omschreven periode en verlenging van de verzekering en elke daaropvolgende aaneengesloten periode van 12 maanden.

Verzekeringsovereenkomst

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

Wet BIG

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wijlons/Zorg en Zekerheid

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.

Zelfzorgmiddel

Zie Drogisterijmiddel.

Ziekenhuis

Een in Nederland gevestigde inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij Wet toelating zorginstellingen (WTZi) gestelde regels is toegelaten.

Zorghotel

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

Zorgverzekering

Zie: Hoofdverzekering.

Rubriek B. Omvang dekking

In deze rubriek vindt u de verstrekkingen en/of de vergoedingen waar u, als verzekerde, recht op heeft. De rubriek geldt met ingang van 1 januari 2007. De vergoedingen voor de medische kosten van de AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top, AV-Totaal en AV-Plus zijn gebaseerd op het door of namens ons met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als er geen tarief is overeengekomen, vergoeden wij de medische kosten conform het WVG vastgestelde rechtsgeldige tarief. De Ledenraad heeft hiertoe besloten op 6 september 2006. De verzekeringsvoorwaarden en deze rubriek tezamen vormen de Algemene Voorwaarden van uw aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid.

1. Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen

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

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

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

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

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

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

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

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

2. Brillenglazen, contactlenzen en brilmontuur

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

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

AV-Top: tot een maximum van € 70,00;

AV-Plus: tot een maximum van € 100,00;

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

Voorwaarden voor vergoeding:

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

Tevens ontvangt u bij Pearle Opticiens en EyeWish

Groeneveld de volgende kortingen:

- € 50,- korting op een bril met enkelvoudige glazen;
- €100,- korting op een bril met multi-focale glazen;
- 15% korting op contactlenspakketten;
- 15% korting op zonnebrillen.

3. Buitenland

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

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

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

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

Wij vergoeden, conform de geldende GGD-lijst, de kosten van tabletten/injectie(s)/consulten en het vaccinatieboekje wegens een voorgenomen verblijf of tijdens verblijf in het buitenland voor:

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

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor:

- muggencrème en -olie;
- laboratoriumonderzoeken.

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

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top, AV-Plus en AV-Totaal: de kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige hulp en/of tandheelkundige hulp en/of kosten voor hulpverlening in het buitenland worden slechts vergoed indien:

- bij het vertrek naar het buitenland niet kon worden voorzien dat de geneeskundige en/of tandheelkundige hulp nodig zou zijn;
- het verkrijgen van geneeskundige en/of tandheelkundige hulp niet uitsluitend of mede het doel van het verblijf in het buitenland is;
- uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland niet medisch verantwoord is;
- bij een ziekenhuisopname, in geval van een langdurige medische behandeling, bij meer dan tweemaal poliklinische behandeling zonder uitstel contact opgenomen is met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (0031 71 58 25 444) of eventueel per telegram,

e-mail (alarmcentrale@anwb.nl) of fax (0031 70 314 70 40);

- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist meegestuurd wordt;
- de vakantie- of zakenreis samen en aaneengesloten niet langer dan drie maanden duurt. Onder vakantie-reizen worden ook dag- en weekendtrips gerekend;
- de stage- of studieperiode samen en aaneengesloten niet langer dan zes maanden duurt en er, na overlegging van een stage- of studieverklaring en een IBG-verklaring, door Zorg en Zekerheid toestemming is verleend.

3.3 Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top, AV-Plus en AV-Totaal: wij vergoeden de onderstaande kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, of zakenreis, (inclusief ski- en langlaufsport) stage- of studieperiode in Europa op basis van kostprijs. De vergoeding van de onderstaande kosten in de overige landen van de wereld is beperkt tot maximaal 200% van de kosten conform het marktconforme WMG tarief in Nederland.

a. Geneeskundige kosten

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

wij vergoeden de kosten van:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- (plaatselijk) medisch noodzakelijk ambulancevervoer van de verblijfplaats in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, arts of specialist en weer terug naar de reguliere verblijfplaats in het buitenland;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi, eigen- en openbaar vervoer. Maakt u gebruik van eigen vervoer, dan vergoedt Zorg en Zekerheid € 0,25 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie en/of zakenreis;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland;
- een vooraf gemachtigde en getarifeerde nierdialyse.

b. Tandheelkundige kosten

AV-Basis: valt buiten de vergoedingsregeling;

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

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

Voorwaarde voor vergoeding:

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

Uitsluiting:

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

- d. De kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale
AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top, AV-Plus en AV-Totaal:
verzekerde zijn de kosten van organisatie en bemiddeling door de ANWB Alarmcentrale in verband met de volgende gebeurtenissen:
- ziekte, ongeval en overlijden;
 - opname in een ziekenhuis;
 - langdurige medische behandeling en meer dan tweemaal poliklinische behandeling door een arts of specialist;
 - medisch noodzakelijke repatriëring van de verzekerde naar Nederland;
 - toezending van geneesmiddelen.

3.4 Overwinteraars

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top, AV-Plus en AV-Totaal:
wij vergoeden spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg als u in de winter in het buitenland verblijft.

Voorwaarden voor vergoeding:

- U overwintert in Frankrijk, Portugal, Griekenland, Italië, Spanje of Turkije;
- U verblijft daar langer dan 3 maanden in de periode van 1 oktober tot en met 31 maart;
- Uw zorgverzekering loopt door tijdens dat verblijf;

- d. De overige bepalingen uit artikel 3.2, 3.3 en 3.5 blijven onverminderd van kracht.

3.5 Uitsluitingen

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top, AV-Plus en AV-Totaal:
er bestaat geen recht op vergoeding van geneeskundige en/of tandheelkundige kosten en/of kosten voor hulpverlening in het buitenland in het geval er sprake is van:

- Verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies geldt van het Ministerie van Buitenlandse Zaken of de ANVR;
- Kosten die voortvloeien uit skispringen, ski-vliegen, ski-jöring, ski-alpinisme, tourskiën, gletscherskiën, gletscher-tochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, para-skiën, heli-skiën, het onderdeel figuurspringen van freestyle-skiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen). Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet vermeld staat, verzoeken wij u contact op te nemen met Team Buitenland (071) 5 825 266 of buitenland@zorgenzekerheid.nl;
- Kosten die voortvloeien uit risicovolle sporten, zoals deltavliegen, parachutespringen, zeilvliegen en dergelijke, vechtsporten, wielervedstrijden, rugby, wildwatervaren, paardenrenwedstrijden, zeezeilen in wedstrijdverband en bergtochten anders dan op begaanbare wegen en paden, sportduiken (zonder brevet of zonder professionele begeleiding). Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet vermeld staat, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (071) 5 825 266 of buitenland@zorgenzekerheid.nl;
- Kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31ste week;
- Kosten die verband houden met tandheelkunde voor verzekerden met een AV-Basis.

3.6 Indienen en vergoeding van nota's uit het buitenland

- AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top, AV-Plus en AV-Totaal:
- Bij declaraties uit het buitenland moet naast de originele nota ook een declaratieformulier worden ingediend. Dit formulier is verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid. De originele nota tezamen met het declaratieformulier kunt u opsturen naar: Zorg en Zekerheid, t.a.v. Team Buitenland, postbus 400, 2300 AK te Leiden;
 - De originele nota's moeten uiterlijk voor 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij Zorg en Zekerheid zijn ingediend;
 - De originele nota's moeten zodanig zijn gespecificeerd dat Zorg en Zekerheid er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding zij is gehouden. Computernota's moeten door de zorgverlener gewaarmerkt zijn;
 - Nota's dienen bij voorkeur in het Frans, Duits of Engels te worden opgesteld. Originele anderstalige nota's moeten

- op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden;
- e. Indien Zorg en Zekerheid het noodzakelijk acht dat de ingediende nota('s) vertaald moet(en) worden, dan kan Zorg en Zekerheid de verzekerde verzoeken om de nota('s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler;
- f. Vertaalkosten, als bedoeld in het voorgaande lid, komen niet voor een vergoeding in aanmerking;
- g. De vergoeding van de gemaakte kosten vindt plaats in Nederland in euro's. Dit met inachtneming van de omrekenkoers conform de richtlijnen van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Mocht deze koers ontbreken, wordt de omrekenkoers gehanteerd van de dag van behandeling, tenzij er sprake is van een duidelijke afwijking van de parallelkoers of van het ontbreken van een notering.

4. Farmaceutische hulp

4.1 Anticonceptiva

Wij vergoeden voor vrouwelijke verzekerden vanaf 21 jaar de kosten van anticonceptiva.

AV-Basis: valt buiten de vergoedingsregeling;

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

Voorwaarden voor vergoeding:

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

4.2 Boven GVS-vergoeding

Wij vergoeden de kosten van de GVS eigen bijdrage voor de middelen Concerta® en Strattera.

AV-Basis, AV-Standaard en AV-Plus: geen vergoeding;

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

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

5. Geboortezorg

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

5.1 Kraampakket

Wij verzorgen:

AV-Plus: valt buiten de vergoedingsregeling;

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

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

Voorwaarde voor deze verstrekking:

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

5.2 Vergoeding van de eigen bijdrage voor verloskundige hulp of kraamzorg

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

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

AV-Standaard: maximaal € 75,00;

AV-Top: maximaal € 100,00;

AV-Totaal: maximaal € 250,00.

Voorwaarde voor vergoeding:

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

5.3 Vergoeding verlengde kraamzorg

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

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

Voorwaarden voor vergoeding:

- de zorg dient verleend te worden door een kraamcentrum of kraambureau;
- het kraamcentrum of kraambureau stelt de indicatie en vraagt vooraf toestemming aan Zorg en Zekerheid;

- de verlengde kraamzorg dient aan te sluiten op de reguliere kraamzorg of op het ziekenhuisontslag na maximaal 10 dagen.

5.4 Vergoeding uitgestelde kraamzorg

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

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

Voorwaarden voor vergoeding:

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

5.5 Borstkolf

Wij vergoeden de huurkosten van een Medela elektrische borstkolf, gedurende een periode van maximaal 3 weken.

AV-Basis en AV-Plus: vallen buiten de vergoedingsregeling; AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal: tot een maximum van € 1,00 per dag.

5.6 Zwangerschapscursus

Wij vergoeden de kosten van het volgen van een zwangerschapscursus per verzekerde, per kalenderjaar.

AV-Plus: valt buiten de vergoedingsregeling.

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

6. Herstel en verblijf

6.1 Herstellingsoorden

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

AV-Basis en AV-Standaard: tot maximaal € 35,00 per dag met een maximum van € 1.050,00;
AV-Top, AV-Plus en AV-Totaal: tot maximaal € 50,00 per dag met een maximum van € 1.500,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

- het herstellingsoord dient toestemming te hebben van

Zorg en Zekerheid;

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

Of

6.2 Hospice

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

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

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

Voorwaarde voor vergoeding:

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

Of

6.3 Zorghotel

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

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

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

Voorwaarde voor vergoeding:

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

6.4 Kuurreizen

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

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

Voorwaarden voor vergoeding:

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

6.5 Logeerhuis

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

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

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

Voorwaarde voor vergoeding:

- het opgenomen gezinslid moet aanvullend verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid.

6.6 Therapeutisch kamp voor jongeren

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

AV-Plus: valt buiten de vergoedingsregeling;

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

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

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

Voorwaarden voor vergoeding:

- 14
- verzekerde is jonger dan 18 jaar;
 - verzekerde lijdt aan CARA, Diabetes Mellitus (suikerziekte) of Cystic Fibrosis of kanker;
 - het therapeutische kamp is in Nederland;
 - de organisatie is in handen van een erkende patiënten-(belangen)organisatie.

6.7 Vervangende mantelzorg

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

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

AV-Top, AV-Plus en AV-Totaal: tot een maximum van 6 weken.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

7. Huidtherapie

7.1 Acnebehandeling

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

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

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

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

Voorwaarden voor vergoeding:

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

7.2 Camouflagetherapie

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

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

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

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

Voorwaarden voor vergoeding:

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

7.3 Dermatografie (= medische tatoeage)

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

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

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

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

Voorwaarden voor vergoeding:

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

7.4 Epilatie en/of laserontharing

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

AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 550,00;
AV-Top en AV-Plus: 75% tot een maximum van € 1.100,00;
AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 1.500,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

7.5 UV-B lichttherapie

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

AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 350,00;
AV-Top en AV-Plus: 75% tot een maximum van € 500,00;
AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 750,00.

Voor:

- poliklinische (dag)behandeling door een huidarts;
- Of
- aanschaf of huur van UV-B lichtapparatuur voor thuisgebruik.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

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

7.6 Voetverzorging voor diabetici of reumapatiënten

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

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

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

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

Voorwaarde voor vergoeding:

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

8. Hulpmiddelen

8.1 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

Boven op de eventuele vergoeding uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering vergoeden wij de kosten van onderstaande hulpmiddelen per kalenderjaar per verzekerde.

AV-Basis en AV-Standaard:

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

AV-Top en AV-Plus:

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

AV-Totaal:

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

Voorwaarde voor vergoeding:

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

Geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- nazorgcontract, onderhoudsmiddelen, reinigungsset of vervangingsgarantie bij hoortoestellen.

8.2 Plaswekker

AV-Plus: valt buiten de vergoeding

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

Voorwaarde voor vergoeding:

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

8.3 Hulpmiddelen bij thuisverpleging

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

- heupondersteuningsband;
- aankleedstokje;
- 'helping hand';
- heupbeschermer.

16 Voorwaarde voor vergoeding:

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

8.4 Hulpmiddelen bij verpleging

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top, AV-Plus en AV-Totaal: wij vergoeden de huurkosten tot maximaal 6 maanden van de hierna genoemde hulpmiddelen:

- ondersteek (normaal of slofmodel);
- zitbad;
- haarwasbak;
- stoomketel;
- draaischijf;
- infuusstandaard;
- windring;
- patiëntenlift;
- douchestoel;
- toiletstoel;
- toiletverhoger.

Voorwaarde voor vergoeding:

- de uitleentermijn van de thuiszorgorganisatie is verstreken.

8.5 Hulpmiddelen voor anti-conceptionele doeleinden

Wij vergoeden de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes ten behoeve van anti-conceptionele doeleinden inclusief de (huis)arts behandeling voor verzekerden vanaf 21 jaar.

AV-Basis en AV-Plus: vallen buiten de vergoedingsregeling;
AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal: 100%.

Voorwaarde voor vergoeding:

- het hulpmiddel dient door uw behandelend arts te zijn voorgeschreven.

8.6 Alarmering op sociale indicatie

Wij vergoeden de kosten van huur voor persoonlijke alarmeringsapparatuur.

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

AV-Top en AV-Plus: tot een maximum van € 4,00 per maand;

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

9. Medisch Specialistische hulp

9.1 Flebologie/ proctologie

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

AV-Basis, AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 75,00;

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

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

Voorwaarden voor vergoeding:

- alleen kosten van behandeling van aderlijke aandoeningen (bijvoorbeeld spataderen, 'open been', aambeien) worden vergoed;
- op verwijzing van de huisarts/specialist;
- behandeling wordt gegeven door arts-fleboloog of arts fleboloog-proctoloog, individueel of in groepsverband in een polikliniek of in een centrum voor flebologie.

9.2 Besnijdenis zonder medische indicatie bij jongens

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

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

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

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

9.3 Besnijdenis met medische indicatie bij mannen

Wij vergoeden éénmalig de kosten van besnijdenis met een medische indicatie uitgevoerd door een (huis)arts of besnijdeniskliniek of gecontracteerde instelling in Nederland bij een mannelijke verzekerde.

AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 230,00;

AV-Top en AV-Plus: 75% tot een maximum van € 230,00;

AV-Totaal: 100% met een maximum van € 230,00.

Voorwaarden voor vergoeding:

- de uitvoerend (huis)arts dient op de rekening te vermelden dat het hier een medische noodzakelijke ingreep betreft.
- de verwijzing dient met de rekening te worden meegezonden.

9.4 Sterilisatie

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

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

AV-Top:

Sterilisatie voor mannen:

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

Sterilisatie voor vrouwen:

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

AV-Totaal:

Sterilisatie voor mannen:

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

Sterilisatie voor vrouwen:

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

9.5 Korting op niet-verzekerde medische specialistische zorg in de hoofdverzekering

Speciaal voor haar aanvullend verzekerden heeft Zorg en Zekerheid bij een aantal medisch-specialistische centra

(zelfstandige behandelcentra en ziekenhuizen) kortingen bedongen voor niet-verzekerde medische specialistische zorg. Het gaat om korting op:

- refractiechirurgie oftewel ooglaserverhandeling;
- ooglidcorrecties;
- flapoorcorrecties;
- buikwandcorrecties.

Als u wilt weten om welke medisch-specialistische centra het gaat en wat voor kortingsafspraken wij met deze centra hebben, kunt u www.zorgenzekerheid.nl raadplegen. Bellen naar ons Contact Center kan ook: (071) 5 825 825.

9.6 Bijdrage bij niet-verzekerde medische specialistische zorg in de hoofdverzekering

Flapoorcorrecties

Wij vergoeden de kosten voor flapoorcorrecties.

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

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

Voorwaarde:

- De verzekerde is jonger dan 12 jaar.

Ooglidcorrecties

Wij vergoeden de kosten voor ooglidcorrecties:

AV-Basis, AV-Standaard; vallen buiten de vergoedingsregeling;

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

Voorwaarden:

- Het betreft een correctie aan de bovenste oogleden;
- Er is een goedkeuring vooraf door Zorg en Zekerheid vereist;
- Aan de goedkeuring kunnen specifieke voorwaarden gesteld worden.

10. Paramedische behandelingen

10.1 Fysiotherapie

Algemene voorwaarden voor vergoeding:

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut of gecontracteerd huidtherapeut;
- de therapie moet medisch noodzakelijk zijn en bij een chronische indicatie door uw behandelend arts of medisch specialist zijn voorgeschreven;
- een chronische indicatie moet onder de Zorgverzekeringswet en de toepasselijke ministeriële regeling vallen. Voor een aantal indicaties in deze regeling is er sprake

van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode, zoals weergegeven in Bijlage 1 van de ministeriële regeling;

- het maximaal aantal behandelingen zoals is aangegeven per aanvullend pakket geldt voor fysiotherapie als bedoeld in 10.1.1 en 10.1.2 tezamen.

10.1.1 Fysiotherapie door gecontracteerde fysiotherapeut

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

AV-Basis: maximaal 9 behandelingen;
AV-Standaard: maximaal 12 behandelingen;
AV-Top en AV-Plus: alle medisch noodzakelijke zorg;
AV-Totaal: alle medisch noodzakelijke zorg.

Voorwaarden voor vergoeding:

- in de AV-Top en AV-Plus dient de verzekerde vanaf de 19e behandeling toestemming te hebben;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut waarmee Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft afgesloten voor vergoeding van fysiotherapie vanuit de Aanvullende Verzekering. Op

18 www.zorgenzekerheid.nl vindt u welke fysiotherapeuten een dergelijke overeenkomst hebben afgesloten met Zorg en Zekerheid. Ook kunt u contact opnemen met Zorg en Zekerheid via het telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan één van onze verzekeringswinkels.

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

10.1.2 Fysiotherapie door niet-gecontracteerde fysiotherapeut

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

AV-Basis: de kosten voor maximaal 9 fysiotherapeutische behandelingen met een maximum van € 22,00 per behandeling;

AV-Standaard: de kosten voor maximaal 12 fysiotherapeutische behandelingen met een maximum van € 22,00 per behandeling;

AV-Top en AV-Plus: de kosten voor alle medisch noodzakelijke fysiotherapeutische behandelingen met een maximum van € 22,00 per behandeling;

AV-Totaal: de kosten voor alle medisch noodzakelijke

fysiotherapeutische behandelingen met een maximum van € 22,00 per behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding:

- in de AV-Top en AV-Plus dient de verzekerde vanaf de 19e behandeling toestemming te hebben.
- in de AV-Totaal dient de verzekerde vanaf de 24e behandeling toestemming te hebben.

Manuele therapie:

Als onderdeel van de onder 10.1.2 beschreven aanspraken, kunnen maximaal 9 behandelingen manuele therapie worden vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

Kinderfysiotherapie:

De behandelingen kinderfysiotherapie worden vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling. Er is alleen sprake van kinderfysiotherapie bij een specifiek aantal aandoeningen, namelijk: longaandoeningen, reumatische aandoeningen, neurologische aandoeningen en een beperkt aantal orthopedische aandoeningen.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

Oedeemtherapie door een fysiotherapeut of gecontracteerde huidtherapeut:

De behandelingen lymfe-oedeem worden alleen vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling indien sprake is van aandoeningen aan het lymfatisch of veneuze-stelsel.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

10.2 Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar

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

AV-Basis: maximaal 9 behandelingen;

AV-Standaard: maximaal 12 behandelingen;

AV-Top en AV-Plus: maximaal 18 behandelingen;

AV-Totaal: maximaal 24 behandelingen.

Voorwaarden voor vergoeding:

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

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut Mensendieck respectievelijk een oefentherapeut Cesar;
- de therapie moet medisch noodzakelijk zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist zijn voorgeschreven;
- vergoeding is uitsluitend mogelijk indien de behandeling wordt uitgevoerd door een therapeut waarmee Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft gesloten;
- een chronische indicatie moet onder de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering vallen. Voor een aantal indicaties in deze regeling is er sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode zoals weergegeven in Bijlage 1 van de ministeriële regeling;
- bij een chronische indicatie dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid.

10.3 Dieetadvisering en voedingsvoorlichting

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

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

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

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

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

10.4 Ergotherapie

Wij vergoeden per verzekerde, per kalenderjaar de kosten.

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

AV-Plus en AV-Totaal: ergotherapeutische advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal

10 uren, in aansluiting op de vergoeding uit uw zorgverzekering en op voorschrift van huisarts of medisch specialist. Te verlenen door een ergotherapeut in een behandelruimte of op het huisadres van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

10.5 Podologie/podo (posturale) therapie

Wij vergoeden per verzekerde, per kalenderjaar de kosten van behandelingen/consulten door een podoloog, podokinestoloog, podo-orthesioloog, podotherapeut.

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

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

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

10.6 Stottertherapie

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

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

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

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

Voorwaarde voor vergoeding:

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

11. Preventie

Algemene voorwaarden voor vergoedingen:

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

11.1 Preventieve onderzoeken

Wij vergoeden de kosten van de volgende onderzoeken:

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

Voorwaarde voor vergoeding:

- het onderzoek moet worden uitgevoerd door uw huisarts of artsenlaboratorium.

11.2 GeZZondcheck

Wij vergoeden de kosten van de GeZZondcheck eenmaal per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding:

De GeZZondcheck dient uitgevoerd te worden door een gecontracteerde Gezondheids Service Organisatie.

11.3 Preventieve cursussen

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

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

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

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

De vergoeding geldt voor één of meer van de onderstaande cursussen tezamen:

- afvallen bij overgewicht;
- 20 - stoppen met roken;
- leren omgaan met ...;
- alcoholtraining;
- EHBO bij kinderen.

11.4 Medisch verantwoord bewegen

Wij vergoeden de kosten van medisch verantwoord bewegen per verzekerde, per kalenderjaar.

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

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

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

De vergoeding geldt voor één of meer van de onderstaande cursussen tezamen:

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

Uitsluiting:

- alle programma's gericht op conditieverbetering of het algemeen welbevinden.

11.5 Overgangsconsulente

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

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

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

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

11.6 Sport Medisch Advies (SMA)

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

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

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

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

12. Psychologische zorg

12.1

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

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

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

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

Voorwaarden voor vergoeding:

- er dient een verwijzing te zijn van een behandelend arts;
- de behandeling dient verricht te zijn door een gezondheidszorgpsycholoog of een psychotherapeut. De gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut dienen BIG geregistreerd te zijn.

Deze vergoeding geldt voor de kosten van de psychologische zorg uit artikel 12.1 en 12.2 tezamen.

12.2 Overige psychologische hulp

Wij vergoeden de kosten van behandelingen door het Helen Downing Instituut, een Simonton therapeut, Kanjertrainingen of de training Herstel en Balans per verzekerde, per kalenderjaar. Zie voor vergoedingen van de kosten artikel 12.1 psychologische zorg.

De bovenstaande vergoeding geldt voor 12.1 en 12.2 tezamen.

Voorwaarde voor vergoeding:

- er dient een verwijzing te zijn van een behandelend arts.

12.3 Lichttherapie

Wij vergoeden de kosten van een Bright Light (lichttherapie

voor seizoensdepressie) gedurende een periode van maximaal 10 dagen tot een maximum van € 7,00 per dag.

13. Tandheelkundige hulp

Algemeen:

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

13.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden de gemaakte kosten voor tandheelkundige hulp per verzekerde, per kalenderjaar, indien deze niet gedekt worden uit de zorgverzekering.

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

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

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

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

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

De behandeling moet worden uitgevoerd door:

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

Uitsluitingen:

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

- implantologie en implantaten en de daarbij behorende onderdelen;
- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet tijdig afgemelde afspraken;
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat door een kaakchirurg, tenzij in deze polisvoorwaarden anders is bepaald;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- bleken van elementen (met uitzondering van de codes E90 en E95 vanuit de AV-Totaal).

13.1.1 Orthodontie aan verzekerden tot 18 jaar

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

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

AV-Top: 75% tot een maximum van € 2.000,00;

AV-Totaal: 85% tot een maximum van € 2.500,00.

Deze vergoeding is éénmalig voor de gehele behandelduur.

Vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik wordt niet vergoed. (Let op: Nota's dienen uiterlijk voor 31 december van het jaar volgend op het jaar van behandeling te worden ingediend.)

13.2 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

Wij vergoeden de gemaakte kosten per verzekerde per kalenderjaar van:

- benodigde tandheelkundige hulp;
- orthodontische behandelingen;
- de eigen bijdrage in de kosten van een volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, indien vanuit de zorgverzekering recht op vergoeding van deze volledige gebitsprothese bestaat;
- de eigen bijdrage van € 90,00 per kaak in de kosten van een volledige gebitsprothese op implantaten voor boven- en/of onderkaak, indien vanuit de zorgverzekering recht op vergoeding van deze volledige gebitsprothese bestaat, met inachtneming van onderstaande maxima:

AV-Basis: valt buiten de vergoedingsregeling;

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

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

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

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

Voorwaarde voor vergoeding:

De behandeling dient te worden uitgevoerd door:

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

Uitsluitingen:

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- het tweede en volgende periodiek preventief onderzoek in hetzelfde kalenderjaar (code C12) bij de AV-Standaard en de AV-Plus;
- röntgendiagnostiek (codes beginnend met een X) tenzij

het de eerste 2 zijn;

- implantologie en implantaten en de daarbij behorende onderdelen (met uitzondering van bepaling 13.3);
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet tijdig afgemelde afspraken;
- parodontale chirurgie door een kaakchirurg;
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat door een kaakchirurg, tenzij in deze polisvoorwaarden anders is bepaald;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- bleken van elementen (met uitzondering van de codes E90 en E95 vanuit de AV-Totaal).

13.3 Implantaten in een betande kaak

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

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

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

Voorwaarde voor vergoeding:

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

13.4 Ongevalsdekking tandheelkunde

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

AV-Basis: valt buiten de vergoedingsregeling;

AV-Standaard, AV-Top en AV-plus: maximaal € 1.500,00 per gebeurtenis;

AV-Totaal: maximaal € 2.000,00 per gebeurtenis.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

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

14. Overige

14.1 Bezoekkosten opgenomen gezinslid

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

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

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

Voorwaarden voor vergoeding:

- het opgenomen gezinslid moet aanvullend verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid;
- de vergoeding wordt gebaseerd op basis van de kortst gebruikelijke afstand;
- de vergoeding wordt verleend op basis van de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse;
- indien u gebruik maakt van de (rolstoel)taxi, wordt de vergoeding verleend op basis van de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse;
- indien u reist met eigen vervoer, geldt de kilometervergoeding van € 0,25 per kilometer. De enkele reisafstand wordt verminderd met 20 kilometer (40 kilometer retour) waarvan de kosten voor eigen rekening blijven;
- maximaal één bezoek per dag;
- bij de declaratie dient onder vermelding van de naam van de opgenomen en bezoekende verzekerde te worden aangegeven in welk ziekenhuis en gedurende welke periode de bezochte verzekerde opgenomen is geweest.

14.2 Contributie patiëntenvereniging

Wij vergoeden de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging per verzekerde per kalenderjaar.

AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top, AV-Plus en AV-Totaal: 100% met een maximum van € 20,00.

Voorwaarde voor vergoeding:

- het dient een patiëntenvereniging te zijn voor patiënten met een chronische aandoening.

14.3 Vergoeding Eigen Bijdrage zittend ziekenvervoer

Indien u conform de Zorgverzekeringswet recht heeft op medisch zittend ziekenvervoer, bent u een eigen bijdrage van maximaal € 85,00 per kalenderjaar verschuldigd. Wij vergoeden de kosten van uw eigen bijdrage:

AV-Plus: 100% met een maximum van € 85,00 per kalenderjaar; AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal vallen buiten de vergoedingsregeling.

14.4 Vergoeding Eigen Bijdrage Thuiszorg

Indien u gebruik maakt van een erkende thuiszorgorganisatie, kunt u te maken krijgen met een eigen bijdrage. Wij vergoeden de eigen bijdrage:

AV-Plus: 100% met een maximum van € 200,00 per kalenderjaar;
AV-Basis, AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal vallen buiten de vergoedingsregeling.

Voorwaarden voor vergoeding:

- u heeft een indicatie voor thuiszorg;
- de thuiszorg wordt verleend door een erkende thuiszorgorganisatie.

Rubriek C. Verzekeringsvoorwaarden

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

1. Algemeen

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

2 Aanmelding

2.1 Aanvraag

De aanvraag voor de verzekering dient schriftelijk, op een door het Bestuur vast te stellen wijze, te geschieden. De aanvrager verleent alle medewerking aan Zorg en Zekerheid bij het verkrijgen van inlichtingen of bij onderzoeken die Zorg en Zekerheid noodzakelijk acht voor de beoordeling van de aanvraag.

2.2 Voorwaarden inschrijving

Als verzekerden voor de Aanvullende Verzekering kunnen worden ingeschreven:

- Personen woonachtig in Nederland die als verzekerde zijn ingeschreven bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a., gevestigd te Leiden;
- Verzekerden woonachtig in Nederland die beschikken over een zorgverzekering bij een zorgverzekeraar voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert;
- Degenen die daartoe bij besluit van het bestuur van Zorg en Zekerheid zijn toegelaten;

- Voor een AV-Plus kan men zich alleen inschrijven onder voorwaarden 2.2 a, b en c en indien men 18 jaar of ouder is. Mogelijk meeverzekerde kinderen onder de 18 jaar krijgen een AV-Top aangeboden.

2.3 Weigering van aanvraag

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

2.4 Aanvaarding van de aanvullende verzekering

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

2.5 Verzwijging

Zorg en Zekerheid is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering, zonder inachtneming van een opzegtermijn, op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen indien de gegevens op het aanvraagformulier of gegevens die op andere (schriftelijke) wijze aan Zorg en Zekerheid zijn verstrekt onvolledig of in strijd met de waarheid zijn. Dit geldt tevens indien omstandigheden verzwegen worden welke van dien aard zijn dat de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten wanneer Zorg en Zekerheid daarvan kennis had genomen. Dit laat onverkort het recht van Zorg en Zekerheid een beroep te doen op nietigheid van de verzekering conform de toepasselijke bepalingen in Titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van verzwijging onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

2.6 Persoonsregistratie

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

3. Aanvang en beëindiging van de verzekering

3.1 Ingang verzekering

De verzekering gaat in op de eerste van de maand volgend op die waarin het verzoek tot aanvraag voor de verzekering bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen.

3.2 Termijn

- a. De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld;
- b. Indien de verzekering ingaat op een andere datum dan 1 januari, wordt de verzekering afgesloten voor het lopend jaar;
- c. Na afloop van de op het polisblad omschreven periode wordt de verzekering stilzwijgend met 1 kalenderjaar verlengd.

3.3 Beëindiging

- a. De verzekering eindigt:
 - na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer 2 maanden voor het einde van de lopende termijn de verzekeringsovereenkomst schriftelijk heeft opgezegd;
 - op het tijdstip waarop de verzekerde niet langer zijn vaste woonplaats heeft in Nederland;
 - bij overlijden van verzekeringnemer of verzekerde;
 - bij opzegging door de verzekerde wegens wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, verzekeringspakket en/of de premie, zoals bedoeld in 7.1 en wel op de wijze als in 7.3 is bepaald.
- b. De verzekering kan door Zorg en Zekerheid worden beëindigd:
 - door middel van schriftelijke opzegging en met ingang van een door Zorg en Zekerheid te bepalen tijdstip in geval van:
 1. onjuiste opgave of verzwijging als bedoeld in 2.5;
 2. schorsing als bedoeld in 6.1. f onder 1;
 3. (poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdrijvingen door de verzekeringnemer/ verzekerde;
 - indien niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving als bedoeld in 2.2;
 - door opzegging van dan wel ontzetting uit het lidmaatschap door het Bestuur van Zorg en Zekerheid en wel op de dag dat het lidmaatschap deswege eindigt.

3.4 Fraudevervalbeding

- a. Er bestaat geen recht op vergoeding van de kosten indien de verzekeringnemer/verzekerde bij het aanspraak maken op vergoedingen en/of verstrekkingen, voor de beoordeling van de aanspraak van belang zijnde feiten en omstandigheden heeft verzwegen en/of valse opgaven

heeft verstrekt met opzet Zorg en Zekerheid te misleiden;

- b. Indien sprake is van fraude, als bedoeld onder a, heeft het verval van recht op vergoeding van de kosten betrekking op de volledig ingediende aanspraak voor vergoedingen en/of verstrekkingen en daarmee ook voor de onderdelen van de ingediende aanspraak waarbij geen feiten en omstandigheden zijn verzwegen of geen onware opgaven zijn gedaan;

- c. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van fraude, als bedoeld onder lid a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

4. Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde

4.1 Verplichtingen

- a. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid worden meegedeeld;
Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
 - adreswijziging;
 - huwelijk, aangaan van een samenlevingsverband;
 - geboorte en overlijden;
 - wijziging bank- of gironummer.
- b. De verzekeringnemer/verzekerde moet erop toezien dat op het polisblad de noodzakelijke wijzigingen zijn aangebracht;
- c. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking;
- d. Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- e. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen voor 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Alleen originele nota's, of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Er dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken, volledig ingevulde, sticker en/of volledig ingevuld declaratie-

- formulier buitenland;
- f. Alle gevolgen voortvloeiend uit het niet of niet tijdig nakomen van de genoemde verplichtingen zijn voor risico van de verzekeringnemer/verzekerde;
- g. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht zich te onthouden van handelingen waardoor Zorg en Zekerheid in haar belangen kan worden geschaad. Wanneer de belangen van Zorg en Zekerheid worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen, heeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden. Wanneer er reeds tot vergoeding is overgegaan kan Zorg en Zekerheid deze vergoedingen terug vorderen. Kennisgevingen van Zorg en Zekerheid aan de verzekeringnemer, gericht aan diens laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

4.2 Vrije keuze

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

5. Dekking

5.1 Dekking gedurende de looptijd

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

5.2 Pakketkeuze

- a. De verzekeringnemer/verzekerden kunnen kiezen voor verschillende aanvullende verzekeringen. Het is niet mogelijk om gelijktijdig voor meer dan één pakket verzekerd te zijn;
- b. Kinderen die beschikken over een verzekering van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a. volgen het meest uitgebreide pakket van de ouders indien en zover deze beschikken over een verzekering van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.. Dit met inachtneming van hetgeen bepaald is in artikel 2.2 onder d en

artikel 6.1 onder b;

- c. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een beperktere dekking dan moet de verzekeringnemer/verzekerde dit voor 1 december van enig jaar schriftelijk aan Zorg en Zekerheid kenbaar maken. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend;
- d. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een uitgebreidere dekking moet de verzekeringnemer/verzekerde dit kenbaar maken aan Zorg en Zekerheid. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend.

6. Premie

6.1 Premiebetaling

- a. Premie is verschuldigd voor elke verzekerde. Het bedrag wordt vastgesteld door het Bestuur, gehoord de Ledenraad;
- b. Verzekerden jonger dan 18 jaar zijn geen premie verschuldigd indien één van de ouders ook een aanvullende verzekering heeft afgesloten bij Zorg en Zekerheid. Indien geen van de ouders een aanvullende verzekering heeft afgesloten dan is het de verzekerde jonger dan 18 jaar premieplichtig conform artikel 6.1. onder a;
- c. De premie is, per door het Bestuur te bepalen tijdvak, bij vooruitbetaling verschuldigd en moet op een door het Bestuur te bepalen wijze worden betaald;
- d. Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan de premie te verrekenen met de door Zorg en Zekerheid te verlenen uitkeringen;
- e. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht tot tijdige premiebetaling en kan zich, onder meer bij ingebrekestelling wegens het niet betalen van de premie op de vervalddag, nimmer beroepen op het feit dat de premie niet tijdig is geïnd;
- f. De verplichting tot premiebetaling gaat in op de ingangsdatum en eindigt op de datum van beëindiging van de verzekering. Bij ingang of beëindiging van de verzekering op een andere dag dan de eerste dag van de maand wordt de premie berekend alsof de verzekering was ingegaan of beëindigd op de eerste dag van de maand volgend op de dag van ingang of einde van de verzekering;
- g. 1. Indien de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie kan Zorg en Zekerheid schriftelijk aanmanen tot een betaling binnen 30 dagen. Bij het niet voldoen binnen deze termijn wordt de dekking geschorst vanaf de vervalddag van de premie. De verzekeringnemer/verzekerde blijft verplicht de premie te voldoen. Zorg en Zekerheid kan de verzekering beëindigen en/of de

premieschuld verrekenen met de door Zorg en Zekerheid te verlenen uitkeringen ten laste van deze verzekering;

2. Aanspraken op vergoedingen en/of verstrekkingen herleven weer op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag inclusief de kosten door Zorg en Zekerheid is ontvangen. Voor de kosten waartoe de noodzaak of de verwachting om deze te maken zich heeft geopenbaard in de tijd dat de dekking van de verzekering was geschorst in verband met premieachterstand, is Zorg en Zekerheid geen vergoeding verschuldigd.

h. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten zowel in als buiten rechte, voor rekening van de degene die de premie verschuldigd is. De buitengerechtelijke kosten worden ten minste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd in gebreke is.

7. Wijziging van de premie en/of voorwaarden

7.1 Wijziging

26 Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of premie van de bij Zorg en Zekerheid lopende verzekering en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. De wijzigingen worden op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum doorgevoerd. Zorg en Zekerheid maakt, eventueel op premienota's, de wijzigingen bekend.

7.2 Kennisgeving wijziging

Zorg en Zekerheid zal, voor de datum van ingang van de wijziging van de voorwaarden en/of premie, deze wijzigingen bekend maken aan verzekeringnemer/verzekerde tenzij het wijzigingen van ondergeschikte aard betreft die een vermeerdering van de rechten van de verzekerde inhouden.

7.3 Recht van opzegging

De verzekeringnemer/verzekerde die zich met de gewijzigde voorwaarden en/of premie niet kan verenigen, kan door opzegging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging van de verzekering binnen 30 dagen nadat de wijziging door Zorg en Zekerheid bekend is gemaakt schriftelijk en aangetekend bij Zorg en Zekerheid indienen. Zorg en Zekerheid beëindigt de verzekering met ingang van de datum van de wijziging met restitutie van de reeds voldane premie.

7.4 Voortzetting verzekering

Heeft Zorg en Zekerheid voor de 31ste dag na de bekendmaking van de wijziging geen schriftelijk verzoek tot

beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7.5 Geen recht van opzegging

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

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

8. Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten:

- Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met opzet of grove schuld van de verzekerde of als zij het gevolg zijn van of verband houden met enig misdrijf waaraan de verzekerde opzettelijk heeft deelgenomen;
- Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlogen, onlusten in binnen- en/of buitenland, oproer, opstand, rellen en opstoten, munitie;
- Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met terrorisme voor zover niet anders is bepaald in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade NV. Het clausuleblad is op 6 januari 2005 gedeponneerd bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen op www.terrorismeverzekerd.nl en www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via het telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels;
- Indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeit uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
 - De uitsluiting in 8d.1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten de kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het

zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979225);

3. Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt hetgeen is bepaald in 8d.2 geen toepassing;

f. Indien en voor zover u daarop aanspraken heeft ingevolge de Zorgverzekeringswet of AWBZ;

g. Indien de kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in Rubriek B 3.

9. Dubbele dekking

a. U kunt geen aanspraak maken op vergoeding of verstrekkingen indien de kosten zijn ontstaan door ziekten en/of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of - ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten - een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden;

b. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder de lid a. genoemde verzekeringen en regelingen is verleend of zou zijn verleend, indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan.

10. Geschillen

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

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

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

Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 291
3700 AG Zeist

11. Slotbepaling

In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregeld zijn, beslist het bestuur. Aldus door de Ledenraad vastgesteld op 6 september 2006 met ingang van 1 januari 2007.

Rubriek D. Waar kunt u terecht voor informatie?

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

Hoe krijgt u uw nota vergoed?

- bewaar alle originele nota's zorgvuldig;
- plak een sticker op uw originele nota en vul uw gegevens hierop in. Bewaar een kopie voor uw eigen administratie;
- dien uw originele nota in bij Zorg en Zekerheid;
- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het kalenderjaar ná het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid. Voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming aan te vragen. Lees dit boekje met de polisvoorwaarden dus zorgvuldig door.

Uitbetaling vindt plaats op het rekeningnummer dat staat op het polisblad.

U kunt uw nota's sturen naar:

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

Declareren van nota's buitenland

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

Zorg en Zekerheid
Team Buitenland
Postbus 400
2300 AK Leiden