



Polisvoorwaarden 2014

Aanvullende verzekeringen AZVZ



Aanvullende verzekeringen	
Leeswijzer	1
Begripsomschrijvingen	3
Rubriek A Omvang dekking AV-AZVZ-Plus	14
Artikel 1 Eigen Risico	14
Artikel 2 Vergoeding eigen bijdrage thuiszorg	14
Artikel 3 Vervangende mantelzorg	14
Artikel 4 Hulp bij dyslexie	14
Artikel 5 Geboortezorg	15
Artikel 6 Tandheelkundige hulp	16
Artikel 7 Paramedische behandelingen	17
Artikel 8 Psychologische zorg	20
Rubriek B Omvang dekking AV-AZVZ-Top	21
Artikel 9 Extra tandheelkundige hulp	21
Artikel 10 Brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen	21
Artikel 11 Buitenland	22
Artikel 12 Kuurreizen	24
Artikel 13 Logeerhuis	25
Artikel 14 Hulpmiddelen	25
Artikel 15 Huidtherapie	26
Artikel 16 Podologie/podo(posturale) therapie	27
Artikel 17 Stottertherapie	27
Artikel 18 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen	28
Artikel 19 Preventie	29
Artikel 20 Farmaceutische Zorg	30
Rubriek C Verzekeringsvoorwaarden	31
Rubriek D Overige bepalingen	33

Leeswijzer

In de polisvoorwaarden van de Zorg Zeker Polis wordt in artikel 33.3 gesproken over de mogelijkheid van een vrijwillig eigen risico. Deze mogelijkheid bestaat niet voor AZVZ verzekerden. Dit is zo afgesproken met AZVZ.

In sommige artikelen wordt verwezen naar www.zorgzekerheid.nl. Deze informatie is ook te lezen op www.scheepvaartnet.nl. Op de website van AZVZ (www.scheepvaartnet.nl) staan de verschillende polisvoorwaarden, reglementen en alle premie informatie voor AZVZ verzekerden.

Begripsomschrijvingen

Acupuncturist

Een acupuncturist die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG (Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) en die de aanvullende opleiding acupunctuur heeft afgerond. Of iemand met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgzekerheid.nl.

Ambulancevervoer

Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

Antroposofisch therapeut

Een antroposofisch therapeut moet voldoen aan één van onderstaande voorwaarden:

- een fysiotherapeut die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een diëtist, logopedist of oefentherapeut die voldoet aan de eisen in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een verpleegkundige of een verloskundige die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die de hbo-opleiding kunstzinnige of eurythmie heeft afgerond;
- een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die een aanvullende opleiding op het gebied van antroposofische (psychosociale) hulpverlening heeft afgerond.

Alle therapeuten dienen te zijn geregistreerd bij de beroepsverenigingen die zijn aangesloten bij de Federatie Antroposofische Gezondheidszorg (FAG). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgzekerheid.nl.

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, lid 5, van de Geneesmiddelenwet.

Apotheekhoudend huisarts

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

Arts

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

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Basisverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel hoofdverzekering of zorgverzekering genoemd.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

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

Bestuur

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

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsadvies

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

Centrum voor medisch specialistische zorg

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

Chiropractor

Een chiropractor die is geregistreerd als beroepsbeoefenaar in de chiropractie en die een opleiding op academisch niveau (erkend 'college of chiropractic') heeft afgerond. Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgzekerheid.nl.

Chronische aandoening fysiotherapie en/ of oefentherapie

Een aandoening die is opgenomen in, de op de dag waarop de gedeclareerde prestatie is geleverd geldende, Bijlage I van het Besluit zorgverzekering.

Collectiviteit

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

Cranio Sacraal therapeut

Dit is een minimaal op hbo-niveau in de gezondheidszorg opgeleide behandelaar (niet-zijnde de eigen huisarts) die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals die door de RCN (Register Cranio Sacraal therapie Nederland) zijn gesteld. Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgzekerheid.nl.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

DOT (Diagnose Behandeling Combinatie op weg naar Transparantie) en DBC-zorgproduct

DOT is het declaratiesysteem voor ziekenhuizen, dat op 1 januari 2012 in werking is getreden. De eenheden waarin wordt gedeclareerd worden DBC-zorgproducten genoemd. Deze DBC-zorgproducten zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. Een DBC-zorgproduct vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten na een vast aantal dagen. Met betrekking tot de tarieven van zorgproducten is er een onderscheid in drie segmenten: een vast segment met vaste tarieven, een gereguleerd segment met maximumtarieven en een vrij onderhandelbaar segment waarbinnen de verzekeraars afspraken maken met de ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en vrijgevestigde extramuraal specialisten over de in rekening te brengen tarieven.

Diagnose Behandeling Combinatie in de GGZ (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijnszorg). 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.

Dienstenstructuur

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

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen voor diëtist in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, 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) die van kracht is op het moment van levering. Ook wel zelfzorgmiddel genoemd.

Eerstelijns psycholoog

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

Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ

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

Eigen bijdrage

Deel van de kosten van zorg of overige diensten waarvoor wettelijk is bepaald dat dit voor rekening van de verzekerde komt. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

Ernstige dyslexie

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

EU- en EER-staat

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

Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg omvat advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet of de terhandstelling van die geneesmiddelen, of farmaceutische zorg waarop de Wet inzake bloedtransfusie van toepassing is.

Fleboloog/proctoloog

Een arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Benelux Vereniging voor Flebologie.

Fraude

Onder fraude wordt in ieder geval begrepen het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg) verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

Fysiotherapeut

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

Geboortecentrum

Een voorziening waarin natale en postnatale zorg onder inhoudelijke regie van eerstelijns verloskundigen wordt geleverd. Een eerstelijns geboortecentrum wordt gekenmerkt door eigen huisvesting met een herkenbare fysiologische uitstraling en met een directe en droge verbinding naar het ziekenhuis. Het kan een alternatief bieden voor de niet medisch geïndiceerde poliklinische bevalling.

Gebruikelijke zorg

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

Gecontracteerde zorg

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

Generalistische Basis GGZ

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, niet zijnde gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De zorg in het kader van de Basis GGZ omvat in elk geval de eerstelijnspsychologische zorg en een deel van de populatie uit de huidige gespecialiseerde GGZ. De generalistische Basis GGZ wordt op basis van bijbehorende patiëntprofielen onderverdeeld in vier prestaties:

- Kort (BK);
- Basis GGZ Middel (BM);
- Basis GGZ Intensief (BI);
- Basis GGZ Chronisch (BC).

Geriatric fysiotherapeut

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

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Gezin

Twee gehuwden dan wel twee ongehuwden met of zonder 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.

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GeZZond Check

Met de GeZZond Check wordt uw gezondheid gemeten. Op basis van de resultaten krijgt u een persoonlijk advies over uw gezondheid en leefpatroon.

GGD-arts

Een arts die in opdracht van de Gemeentelijke Geneeskundige Gezondheidsdienst werkzaam is op terreinen zoals de volksgezondheid, forensische geneeskunde en de geneeskundige hulpverlening bij rampen e.d.

GGZ-instellingen

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

Haptotherapeut

Een haptotherapeut met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die ook de aanvullende opleiding haptotherapie heeft voltooid. Een haptotherapeut moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria die worden gehanteerd door de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgzekerheid.nl.

Herstellingsoord en Zorghotel

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

(Klassiek) Homeopaat

Een (klassiek) homeopaat, die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding homeopathische geneeswijze heeft afgerond. Of een (klassiek) homeopaat met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg en een aanvullende opleiding in de homeopathie. Een (klassiek) homeopaat moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgzekerheid.nl.

Hoofdverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel basisverzekering of zorgverzekering genoemd.

Hospice

Een instelling die specifiek is ingericht voor tijdelijke opvang van ongeneeslijk zieke patiënten in de laatste fase van hun leven en voor tijdelijke opvang van hun naasten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut'.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Hulpmiddelen

De hulpmiddelen conform de Zorgverzekeringswet en de Regeling zorgverzekering.

Hulpmiddelenzorg

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

IVF-poging

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode inhoudende:

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

Jeugdgezondheidszorgarts

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

Kaakchirurg

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

Ketenzorg

Ketenzorg is een verzamelterm voor het leveren van zorg aan een patiënt met een chronische aandoening. De zorg wordt geleverd in een samenhangend geheel door verschillende zorgaanbieders. Samen vormen zij een sluitende keten van behandeling, begeleiding, preventie, vroege opsporing en zelfmanagement. Zij maakt onderdeel uit van een zorgprogramma dat is ingericht op basis van geldende richtlijnen en standaarden en waarbij ook voor de verzekerde een actieve rol is weggelegd. Deze zorg wordt gecoördineerd door een zorggroep. Dit is een samenwerkingsverband van de betrokken zorgverleners. De zorggroep zorgt o.a. voor afstemming van de zorg, scholing van betrokken zorgverleners en is verantwoordelijk voor de naleving van de kwaliteitseisen van deze chronische zorg.

Kind

Ongehuwd eigen, adoptief of pleegkind tot 18 jaar.

Kinderfysiotherapeut

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

Kinder oefentherapeut

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

Klinisch psycholoog

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

Kraambureau of kraamcentrum

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

Kraamzorg

De zorg voor moeder en pasgeboren kind die thuis bij de verzekerde wordt verleend door een aan het kraambureau verbonden kraamverzorg(st)er, na een (telefonische) intake door het kraambureau of kraamcentrum.

Laboratoriumonderzoek

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

Lactatiekundige

Een lactatiekundige die is aangesloten bij een beroepsgroep van lactatiekundigen en werkt volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Lichamelijke functiestoornissen

Van een lichamelijke functiestoornis is sprake bij bijvoorbeeld een bewegingsbeperking, gezichtsveldbeperking of doorgankelijkheid. Psychische en sociale functiestoornissen ten gevolge van een lichamelijke afwijking vormen geen indicatie voor vergoeding.

Logopedist

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

Manueel geneeskundige

Een manueel geneeskundige die als arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding Manuele geneeskunde heeft afgerond.

Manueel therapeut

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

Mantelzorg

De zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten, familie, vrienden, kennissen en burens.

Marktconform tarief

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

(Medisch) adviseur

De (tand)arts, fysiotherapeut of andere deskundige die Zorg en Zekerheid in medische, fysiotherapeutische of andere aangelegenheden adviseert.

Medisch(e) noodzakelijk/noodzaak

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

Medisch noodzakelijke zorg in het buitenland

Medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.

Medisch 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 zoals bedoeld in artikel 3 Buitenland.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Natuurgeneeskundige

Een arts die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding natuurgeneeskunde heeft afgerond.

Oedeemtherapeut

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

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

Ongeval

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

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.

Orthodontie

Een volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaardde behandeling of onderzoek behorend tot het specialisme dat wordt uitgeoefend door een orthodontist.

Orthodontist

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

Orthomoleculair geneeskundige

Een arts die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding orthomoleculaire geneeskunde heeft afgerond.

Orthopedagoog

Een orthopedagoog die als orthopedagoog is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).

Osteopaat

Een osteopaat met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg en die de aanvullende opleiding osteopathie heeft voltooid en staat geregistreerd in het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgenzekerheid.nl.

Overgangsconsulent(e)

Een overgangsconsulente met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg met een aantekening gynaecologie en die voldoet aan de kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de vereniging Care for Women.

Partner

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

Pedicure (medisch)

De pedicure dient opgenomen te zijn in het Kwaliteits Register voor Pedicures (KRP). Voor de basisverzekering dient een pedicure in het bezit te zijn van de aantekening 'voetverzorging bij diabetici'. Voor de aanvullende verzekering dient een pedicure in het bezit te zijn van een aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV) en/ of 'voetverzorging bij reumapatiënten' (RV). Naast een basisvoetbehandeling is hij/zij gespecialiseerd in het geven

van een voetbehandeling bij diabetici en/of reumapatiënten. Een medisch pedicure is een gespecialiseerde pedicure die alle vormen van complexe voetproblematieken van cliënten kan behandelen.

Persoonsregistratie

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

Podoposturale therapeut

Een podoposturale therapeut die een opleiding op mbo/hbo-niveau in de gezondheidszorg heeft afgerond en die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld het Omni Podo Genootschap.

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen voor podotherapeut in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

Podoloog

Een podoloog die een opleiding op mbo/hbo-niveau in de gezondheidszorg heeft afgerond en die voldoet aan de eisen van bijvoorbeeld de Stichting LOOP.

Preconceptieconsult

Een gesprek met een verloskundige door paren die een kind zouden willen krijgen over vermijdbare risico's.

Psychosomatisch fysiotherapeut

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

Psychosomatisch oefentherapeut

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

Psychotherapeut

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

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar in de voorwaarden psychiater staat kan ook zenuwarts worden gelezen.

Redelijke afstand

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

Reglement Farmaceutische Zorg

Het Reglement Farmaceutische Zorg is op te vragen bij Zorg en Zekerheid en te vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

Reglement Hulpmiddelen

Het Reglement Hulpmiddelen is op te vragen bij Zorg en Zekerheid en te vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatie technische 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.

Schoonheidsspecialist

Een schoonheidsspecialist met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die de aanvullende opleidingen van bijvoorbeeld de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) heeft voltooid.

Screener

Een GGZ screener is een (online) vragenlijst die nagaat of er risico bestaat op een mentale aandoening. Deze vragenlijst vraagt naar de veel voorkomende psychische problemen, zoals somberheid, depressie, fobie, angst en paniek en burn-out. De scores geven een duidelijk beeld van de aard en de ernst van de klachten. Bij verwijzing naar de Generalistische Basis GGZ is de positieve uitslag van een GGZ screener noodzakelijk.

Second opinion

Het vragen van een beoordeling door een tweede, onafhankelijke arts, over een door uw arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling. De volgende voorwaarden gelden:

- de artsen moeten werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied;
- u moet met de second opinion terugkeren naar de eerste behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- er moet sprake zijn van een verwijzing voor een second opinion door de behandelaar.

Shiatsu-therapeut

Een therapeut met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die voldoet aan de eisen van bijvoorbeeld de Vereniging voor IOKAI Shiatsu (VIS). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op www.zorgenzekerheid.nl.

Specialistische GGZ

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

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 of onderzoek kan worden aangemerkt.

Standaard kraampakket

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

Second opinion

Het vragen van een beoordeling door een tweede, onafhankelijke arts, over een door uw arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling. De volgende voorwaarden gelden:

- de artsen moeten werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied;
- u moet met de second opinion terugkeren naar de eerste behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- er moet sprake zijn van een verwijzing voor een second opinion door de behandelaar.

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Tandtechnicus

Een tandtechnicus, die bij een tandtechnisch laboratorium tandtechnische werkstukken vervaardigt.

U/de verzekerde

Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die 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.

Verblijf

Verblijf gedurende tenminste 24 uur.

Verdragsland

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

Verloskundige

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

Verminking

Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming die in het dagelijks leven meteen opvalt. Deze misvorming moet het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundig verrichting.

Verzekerde

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

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 elke daaropvolgende aaneengesloten periode van 12 maanden.

Verzekeringsovereenkomst

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

Welzijnsorganisatie

Een non-profit organisatie die zich richt op het verbeteren en het stimuleren van de gezondheid (anders dan voor recreatieve doeleinden) door hulpverlening, het geven van cursussen en door het houden van voorlichtingsbijeenkomsten, allen in groepsverband.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wij/ons/Zorg en Zekerheid

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

WMG-tarief

Het tarief zoals vastgesteld krachtens de Wet Marktordening Gezondheidszorg.

WOG

Wet op de Geneesmiddelenvoorziening.

Zelfzorgmiddel

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

Ziekenhuis

Een centrum voor medisch specialistische zorg dat volgens de regels van de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) als ziekenhuis of ZBC 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.

Zorghotel en Herstelingsoord

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

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.

Zorgverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel basisverzekering of hoofdverzekering genoemd.

Onderstaande definities gelden ook voor deze verzekeringsvoorwaarden.

Aanvullend verzekerde

Degene die als verzekerde in het kader van deze aanvullende verzekering als zodanig is ingeschreven.

Aanvullende verzekering

Verzekering tegen kosten van verstrekkingen ter voorziening in de geneeskundige verzorging van de aanvullend verzekerden, voor zover die kosten niet vergoed worden bij of krachtens de Zvw of de Awbz, binnen de grenzen in deze voorwaarden gesteld.

Awbz

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de bij of krachtens deze wet getroffen regelen.

AZVZ

De uitvoerder van deze aanvullende verzekeringen.

Duikarts

Een in het kader van het Certificeringssysteem (Sport)duikerarts onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde gecertificeerde arts.

Maatschappij(risicodragers)

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden.

Premie

De premie voor de aanvullende verzekering.

Regeling zorgverzekering

De Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nr. Z/VV- 2611957, zoals die thans luidt en in de toekomst zal luiden. In deze regeling zijn nadere bepalingen omtrent de verstrekkingen in het kader van de Zorgverzekeringswet opgenomen.

Verzekerde bij AZVZ

De verzekerde die ter voldoening aan het vermeldde in artikel 2 van de Zorgverzekeringswet als verzekerde is ingeschreven bij Zorg en Zekerheid via AZVZ.

Zorgverzekering bij Zorg en Zekerheid

De verzekering ingevolge de verzekeringsvoorwaarden zorgverzekering van Zorg en Zekerheid.

Zvw

De Zorgverzekeringswet en de bij of krachtens deze wet getroffen regelingen.

Rubriek A Omvang dekking AV-AZVZ-Plus

Artikel 1 Eigen risico

De aanvullende verzekering vergoedt aan aanvullend verzekerde werknemers het in het kader van de zorgverzekeringswet wettelijk verplichte eigen risico van € 360,00 per verzekerde werknemer van 18 jaar of ouder, mits hiervoor met de werkgever afspraken zijn gemaakt.

Artikel 2 Vergoeding eigen bijdrage thuiszorg

Wat wordt er vergoed?

Als u gebruik maakt van zorg in het kader van de AWBZ of WMO, dan kunt u te maken krijgen met een eigen bijdrage. Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten van de eigen bijdrage, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- u heeft een indicatie voor thuiszorg;
- de nota dient van het CAK te komen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
100%, tot maximaal € 500,00, per kalenderjaar

Artikel 3 Vervangende mantelzorg

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van vervangende mantelzorg tijdens de vakantie van de reguliere mantelverzorger(s) per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De vervangende mantelzorg moet worden geregeld door de Stichting Thuisverzorging Gehandicapten (Handen in Huis).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
Tot een maximum van 6 weken

Artikel 4 Hulp bij dyslexie

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een begeleider die is aangesloten bij de Stichting hulp bij Dyslexie of bij de Landelijke Bond van Remedial Teachers (LBRT). Bij www.stichtinghulpbijdyslexie.nl kan worden nagevraagd welke begeleider bij deze stichting zijn aangesloten. Alleen deze groep komt in aanmerking voor vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
75%, tot maximaal € 320,00 per kalenderjaar

Artikel 5 Geboortezorg

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

5.1 Kraampakket

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden die zwanger zijn of een baby adopteren, kunnen bij Zorg en Zekerheid een kraampakket aanvragen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
Uitgebreid kraampakket

5.2 Vergoeding van de eigen bijdrage voor verloskundige hulp en kraamzorg

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van uw eigen bijdrage die u volgens de basisverzekering moet betalen per bevalling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De eigen bijdrage moet betrekking hebben op de kosten van de poliklinische bevalling zonder medische indicatie of op de kosten van de kraamzorg.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
100%, tot maximaal € 312,00, per kalenderjaar

5.3 Vergoeding verlengde of uitgestelde kraamzorg

5.3.1 Vergoeding verlengde kraamzorg

Wat wordt er vergoed?

Verlengde kraamzorg na de tiende dag na de bevalling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- het kraambureau stelt de indicatie in overleg met de verloskundige;
- de zorg moet worden verleend door een kraamcentrum dat is ingezet via de Kraamlijn (telefoonnummer 0900 222 44 66);
- de verlengde kraamzorg dient aan te sluiten op de reguliere kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) of op het ziekenhuisontslag (maximaal 10 dagen na de bevalling).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
Maximaal 16 uur

5.3.2 Vergoeding uitgestelde kraamzorg

Wat wordt er vergoed?

Als u geen aanspraak meer kunt maken op reguliere en/of verlengde kraamzorg, kunt u mogelijk nog in aanmerking komen voor uitgestelde kraamzorg. Dit kan bijvoorbeeld zijn wanneer u langer in het ziekenhuis moest verblijven na een keizersnede, bij geboorte van een meerling of als er sprake is van couveuse zorg. Het kraamcentrum moet in overleg met de verloskundige de medische noodzaak vaststellen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- het kraambureau stelt de indicatie in overleg met de verloskundige;
- de zorg moet worden verleend door een kraamcentrum dat is ingezet via de Kraamlijn (telefoonnummer 0900 222 44 66);
- u kunt tot maximaal 6 weken na de bevalling of na adoptie van kinderen jonger dan zes maanden aanspraak maken op vergoeding van uitgestelde kraamzorg. Bij couveusekinderen geldt de termijn van zes weken niet.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
Maximaal 16 uur

Artikel 6 Tandheelkundige hulp

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Kosten van een tandheelkundige behandeling worden alleen vergoed als deze volgens Zorg en Zekerheid doelmatig en gebruikelijk zijn en de behandeling niet onnodig kostbaar of ingewikkeld is. Zorg in de aanvullende verzekering is een aanvulling op de basisverzekering, daarom kan zorg uit de basisverzekering niet onder de aanvullende verzekering vallen. Voor vergoeding komen alleen de kosten in aanmerking die niet gedekt zijn door de zorgverzekering of op een andere wijze. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of orthodontist, tenzij anders vermeld.

Preventie-, mondhygiëne- en tandvleesbehandelingen kunnen ook uitgevoerd worden door een vrijgevestigde mondhygiënist. Zorg en Zekerheid vergoedt voor de behandelingen in rekening gebracht door vrijgevestigde mondhygiënist de prestatiecodes. De lijst met prestatiecodes die in aanmerking komen voor deze vergoeding vindt u op www.zorgenzekerheid.nl.

De bedragen zoals gemeld in de vergoedingstabellen zijn per verzekerde per kalenderjaar, tenzij anders vermeld.

Welke kosten worden niet vergoed?

- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet tijdig afgemelde afspraken;
- de kosten voor röntgendiagnostiek boven de € 35,00 per kalenderjaar;
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- bleken van elementen;
- bij orthodontie het gebruik van een elektronische chip en bespreken van de gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur, inclusief de techniekkosten;
- bij orthodontie de vacuümgevormde hoesjes, b.v. Invisalign+;
- de kosten die bij u in rekening worden gebracht als u voor de volledige gebitsprothese naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat.

6.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

6.1.1 Consulten en behandelingen

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de volledige kosten voor tandheelkundige behandelingen met betrekking op controles, preventie, röntgendiagnostiek, reguliere vullingen, extracties, gnatologische behandelingen en incidenteel consult indien de behandelingen uitgevoerd en gedeclareerd worden door een tandarts of door een vrijgevestigde mondhygiënist.

- tandvleesbehandelingen uitgevoerd en gedeclareerd door een vrijgevestigde mondhygiënist (voor tarieven zie gecontracteerde mondhygiënist zie www.zorgenzekerheid.nl);
- de eigen bijdrage in de kosten van de volledige gebitsprothese in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- de eigen bijdrage in de kosten van een volledige gebitsprothese op implantaten in boven en/of onderkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- gedeeltelijke prothetische voorziening in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus

Welke kosten worden niet vergoed?

De kosten voor röntgendiagnostiek boven de € 35,00 per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
100% tot maximaal € 1.000,00*

Artikel 7 Paramedische behandelingen

7.1 Fysiotherapie

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- in geval van oedeemtherapie en littekentherapie kan de behandeling ook uitgevoerd worden door een huidtherapeut;
- in geval van een verbijzonderde zitting dient de behandeling te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die staat geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- een chronische aandoening dient benoemd te zijn op Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding beperkt tot een bepaalde periode, zoals in Bijlage 1 is aangegeven;
- voor een chronische aandoening geldt dat de therapie medisch noodzakelijk dient te zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist is voorgeschreven;
- per dag komt maximaal één zitting voor vergoeding in aanmerking tenzij:
 - voor meerdere zittingen op één dag medische noodzaak bestaat;
 - deze zittingen verantwoord gespreid zijn;
 - Zorg en Zekerheid vooraf aan de fysiotherapeut toestemming heeft gegeven;Indien niet aan bovenstaande uitzonderingen wordt voldaan, is de verzekerde er zelf voor verantwoordelijk dat er maximaal één zitting per dag plaatsvindt.
- fysiotherapie voor een niet-chronische aandoening is direct toegankelijk (er is geen verwijzing nodig). Deze DTF (Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie) omvat de 'screening' en de 'intake en onderzoek na screening'. Deze twee prestaties tellen elk afzonderlijk als een zitting (ook al vinden deze plaats op 1 dag of één aaneengesloten tijdseenheid);
- groepsbehandelingen worden alleen vergoed indien de gecontracteerde fysiotherapeut hierover aanvullende afspraken heeft gemaakt met Zorg en Zekerheid. De behandelingen tellen mee voor de in artikel 10.1.1 aangegeven aantal behandelingen per aanvullende verzekering;
- het maximale aantal behandelingen dat is aangegeven per aanvullend pakket geldt voor de fysiotherapiebehandelingen die zijn omschreven onder 10.1.1 en 10.1.2 samen;
- indien u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én indien er sprake is van complicaties en/of terugval;
- handelingen verricht tijdens de zitting, zoals shockwave en dry needling zijn onderdeel van de reguliere behandeling en mag de fysiotherapeut en/ of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- tijdens de behandeling verstrekte materialen, zoals verbandmiddelen en tape, zijn onderdeel van de behandeling en mag de fysiotherapeut en/ of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen.

7.1.1 Fysiotherapie door een gecontracteerde fysiotherapeut

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie per verzekerde per kalenderjaar, voor zowel chronische als niet-chronische aandoeningen, voor zover er geen recht is op vergoeding uit de basisverzekering.

Welke verbijzonderingen fysiotherapie worden vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor manuele therapie, kindfysiotherapie, bekentherapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie en geriatrie fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een gecontracteerde fysiotherapeut U vindt de gegevens van deze gecontracteerde fysiotherapeuten op www.zorgenzekerheid.nl of u kunt ze opvragen via ons Contact Center: (071) 5 825 825 of bij één van onze verzekeringswinkels.
- bij claudicatio intermittens komen de eerste 20 behandelingen gesuperviseerde looptraining gegeven door een gecontracteerde fysiotherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet, in aanmerking voor vergoeding. Deze 20 behandelingen komen extra voor vergoeding in aanmerking en tellen niet mee voor het maximaal aantal behandelingen. Informeer bij uw fysiotherapeut of deze is aangesloten bij ClaudicatioNet.
- voor de verbijzonderingen fysiotherapie gelden de aanvullende voorwaarden zoals bepaald in artikel 10.1.3.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
Alle behandelingen fysiotherapie

7.1.2 Fysiotherapie door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie per verzekerde per kalenderjaar voor chronische en niet-chronische aandoeningen, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering. Hiertoe behoren ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, oedeem- en huidtherapie, psychosomatische en geriatrie fysiotherapie. Voor deze verbijzonderingen fysiotherapie gelden de aanvullende voorwaarden zoals bepaald in artikel 10.1.3.

Per fysiotherapeutische behandeling wordt maximaal € 18,00 vergoed. Als onderdeel van het genoemde aantal behandelingen gelden ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, oedeem- en huidtherapie, psychosomatische en geriatrie fysiotherapie. Voor de genoemde verbijzonderingen fysiotherapie geldt een tarief van maximaal € 25,00 per behandeling.

De prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
Alle behandelingen fysiotherapie

7.1.3 Verbijzonderingen fysiotherapie

Manuele therapie

Als onderdeel van het aantal behandelingen per aanvullende verzekering, aangegeven in artikel 7.1.1 en 7.1.2, worden zo nodig maximaal 9 behandelingen manuele therapie vergoed. Zowel de behandelingen in de basisverzekering als de behandelingen in de aanvullende verzekering tellen mee voor deze 9.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Manuele therapie van het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie.

Kinderfysiotherapie

Er is alleen sprake van kinderfysiotherapie bij specifieke aandoeningen, namelijk: longaandoeningen, reumatische aandoeningen, neurologische aandoeningen en een beperkt aantal orthopedische aandoeningen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Kinderfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister.

Bekkenfysiotherapie

Als er sprake is van klachten in het gebied van bekken, buik en bekkenbodem, zoals urine-incontinentie, zwangerschap gerelateerde bekken(bodem)klachten, kan er een behandelindicatie zijn voor bekkenfysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister.

Oedeemtherapie door een fysiotherapeut

Als er sprake is van aandoeningen aan het lymfatisch- of veneuze stelsel dan kan er sprake zijn van een behandelindicatie voor oedeem- of huidtherapie door een fysiotherapeut.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Oedeemtherapie van het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of door een huidtherapeut die gecontracteerd is door Zorg en Zekerheid;
- bij behandeling door een huidtherapeut is een geldige verwijzing aanwezig.

Psychosomatische fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met psychisch disfunctioneren, kan er een behandelindicatie zijn voor psychosomatische fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is opgenomen in het deelregister Psychosomatische fysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie;
- er dient sprake te zijn van matig tot zwaar gecompliceerde psychische herstel belemmerende factoren, een en ander ter beoordeling van de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid, met inachtneming van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP);
- de verzekerde is 18 jaar of ouder.

Geriatric fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met geriatrische problematiek, kan er een behandelindicatie zijn voor geriatric fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is opgenomen in het deelregister geriatric fysiotherapie in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie;
- er dient sprake te zijn van aandoeningen die worden vastgesteld op basis van de criteriumlijst van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatric (NVFG).

7.1.4 KNGF beweegprogramma's

Wat wordt vergoed?

Een volledig doorlopen beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden Beweeginterventies. Op de website van Zorg en Zekerheid kunt u een overzicht vinden van de aandoeningen en de gecontracteerde fysiotherapeuten die een beweegprogramma aanbieden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
75% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren

7.1.5 Beweegprogramma Fitkids

Wat wordt vergoed?

Een volledig doorlopen beweegprogramma Fitkids dat door een gecontracteerde fysiotherapeut die bij Fitkids is aangesloten, aangeboden wordt.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
75% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren

7.2 Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar per verzekerde per kalenderjaar, voor zowel chronische als niet-chronische indicaties, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut Mensendieck dan wel een oefentherapeut Cesar;
- in geval van een verbijzonderde zitting dient de behandeling te worden uitgevoerd door een oefentherapeut die staat geregistreerd in het initiële register psychosomatisch oefentherapeut of het initiële register kinderoefentherapie van de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici;
- een chronische aandoening dient benoemd te zijn in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding beperkt tot een bepaalde periode, zoals in Bijlage 1 is aangegeven;
- voor een chronische aandoening geldt dat de therapie medisch noodzakelijk dient te zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist is voorgeschreven;

- per dag komt maximaal één zitting voor vergoeding in aanmerking tenzij:
 - voor meerdere zittingen op één dag medische noodzaak bestaat;
 - deze zittingen verantwoord gespreid zijn;
 - Zorg en Zekerheid vooraf aan de oefentherapeut toestemming heeft gegeven.
 Indien niet aan bovenstaande uitzonderingen wordt voldaan, is de verzekerde is er zelf voor verantwoordelijk dat er maximaal één zitting per dag plaatsvindt.
- indien u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen, al dan niet gegeven door een andere oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én indien er sprake is van complicaties en/of terugval; wij vergoeden de kosten volgens het met de therapeut afgesproken tarief en het aangegeven maximum aantal behandelingen per pakket geldt voor de behandelingen Mensendieck en Cesar samen.
- bij claudicatio intermittens komen de eerste 20 behandelingen gesuperviseerde looptraining gegeven door een gecontracteerde oefentherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet, in aanmerking voor vergoeding. Deze 20 behandelingen tellen niet mee voor het maximaal aantal behandelingen. Informeer bij uw oefentherapeut of deze is aangesloten bij ClaudicatioNet.

Wat wordt er niet vergoed?

De prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
Alle behandelingen

Artikel 8 Psychologische zorg

8.1 Overige psychologische hulp

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen kosten voor behandelingen door het Helen Dowling Instituut, een Simonton therapeut, Kanjertrainingen, Keiko therapie, behandelingen door therapeuten lid van de NVPIT, NVBT(biodynamische therapie) en NVAGT en de training Herstel en Balans per verzekerde, per kalenderjaar

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
100%, tot maximaal € 320,00, per kalenderjaar

8.2 Lichttherapie

Wat wordt er vergoed?

Eénmaal per kalenderjaar komen de kosten van het huren van een Bright Light (lichttherapie voor seizoensdepressie) voor een periode van maximaal 10 dagen of eenmalig voor de gehele duur van de verzekering komen de kosten van aanschaf van een Bright Light voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u een aankoop- of huurbewijs bij ons in te dienen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Plus
Voor een periode van maximaal 10 dagen tot een maximum van € 7,00 per dag of éénmalig de kosten voor de aanschaf tot een maximum van € 70,00.

Rubriek B Omvang dekking AV-AZVZ-Top

Artikel 9 Extra tandheelkundige hulp

9.1 Kroon- en brugwerk en wortelkanaalbehandelingen

Wat wordt er vergoed?

De kosten van kroon- en brugwerk en wortelkanaalbehandelingen.

Welke kosten worden niet vergoed?

- de kosten die reeds vergoed worden in artikel 6 van de AV-AZVZ-Plus;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- bleken van elementen;
- de kosten die bij in rekening worden gebracht als u voor de volledige gebitsprothese naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 1.000,00, per kalenderjaar

9.2 Orthodontie aan verzekerden tot en met 21 jaar

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor orthodontische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts. De vergoeding is éénmalig voor de hele behandelduur;
- de kosten van orthodontie verricht door een orthodontist of een tandarts.

Welke kosten worden niet vergoed?

- bij orthodontie het gebruik van een elektronische chip en bespreken van de gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur, inclusief de techniekkosten;
- bij orthodontie de vacuümgevormde hoesjes, b.v. Invisalign+;
- vervanging of reparatie ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- niet nagekomen afspraken.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 1500,00, tot en met 21 jaar gedurende de gehele duur van de verzekering

Artikel 10 Brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde komen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking de kosten van de aanschaf van brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen.

Wat wordt er niet vergoed?

De vergoeding geldt niet voor zonnebrillen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

De maximale vergoeding geldt voor de kosten van glazen, lenzen en brilmontuur samen.

AV-AZVZ-Top
Maximaal € 200,00 éénmaal per kalenderjaar

Artikel 11 Buitenland

11.1 Vaccinatie wegens voorgenomen verblijf in het buitenland

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor tabletten, injectie(s), consulten en het vaccinatieboekje komen in aanmerking voor vergoeding. De vergoeding geldt per verzekerde per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de kosten moeten zijn gemaakt wegens een voorgenomen verblijf of tijdens het daadwerkelijke verblijf in het buitenland;
- het betreft tabletten, injectie(s), consulten en het vaccinatieboekje conform de geldende GGD lijst en de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR), zie www.lcr.nl.

Welke kosten worden niet vergoed?

Laboratoriumonderzoeken, muggencrème en -olie zijn uitgesloten van vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

De maximale vergoeding geldt voor de kosten van tabletten/injectie(s)/consulten en het vaccinatieboekje samen.

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 105,00 per kalenderjaar

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

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 twee poliklinische behandelingen en zonder uitstel contact is opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (+31 71 5 825 444) of eventueel per e-mail (alarmcentrale@anwb.nl) of fax (+31 70 3 147 040);
- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist wordt meegestuurd;
- de vergoeding is per kalenderjaar.

11.3 Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De kosten moeten zijn gemaakt gedurende vakantie- of zakenreis (inclusief ski- en langlaufsport), stage- of studieperiode.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
Vergoeding kosten binnen Europa
- 100% (kostprijs) in Europa
- Buiten Europa maximaal 200% van het marktconforme dan wel WMG tarief in Nederland*

* De vergoeding tot maximaal 200% van het marktconforme WMG-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

11.3.1 Geneeskundige kosten

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor onderstaande geneeskundige kosten:

- 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 € 0,31 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.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
Vergoeding kosten binnen Europa
- 100% (kostprijs) in Europa
- Buiten Europa maximaal 200% van het marktconforme dan wel WMG-tarief in Nederland*

* De vergoeding tot maximaal 200% van het marktconforme WMG-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

11.3.2 Tandheelkundige kosten

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van tandheelkundige noodhulp op basis van kostprijs.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het moet gaan om kosten van tandheelkundige noodhulp.

Welke kosten worden niet vergoed?

Uitgesloten zijn de kosten van kronen, brugwerk en implantaten.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
Maximaal € 355,00 per kalenderjaar

11.3.3 Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor medisch noodzakelijke repatriëring en de noodzakelijke toezending van geneesmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het betreft:

- 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.

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

Welke kosten worden niet vergoed?

Kosten van repatriëring op sociale (niet-medische) gronden, anders dan in geval van overbrenging van een stoffelijk overschot, worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
Kostprijs

11.3.4 De kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het betreft 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.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
Kostprijs

11.4 Uitsluitingen

Welke kosten worden niet vergoed?

Er bestaat geen recht op vergoeding van geneeskundige en/of tandheelkundige kosten

en/of kosten uit uw aanvullende verzekering 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 (zie www.minbuza.nl) of de ANVR;
- Kosten die voortvloeien uit skispringen, skivliegen, skijöring, ski-alpinisme, tourskiën, gletscherskiën, gletschertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, paraskiën, heliskiën, het onderdeel figuurspringen van freestyleskiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen). Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (071) 5 825 846 of declaraties @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 wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (071) 5 825 846 of declaraties.buitenland@zorgenzekerheid.nl;
- Kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31ste week;
- Kosten die verband houden met alternatieve zorg zowel behandelingen als medicatie;
- Kosten die verband houden met paramedische zorg met uitzondering van de vooraf gemachtigde behandelingen.

11.5 Zuurstof op vakantie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor zuurstof op vakantie per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U heeft reeds een indicatie voor zuurstofgebruik.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
Maximaal € 600,00

Artikel 12 Kuurreizen

Als u reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew of artritis psoriatica heeft, dan kunt u in aanmerking komen voor vergoeding van de kosten van een kuurreis.

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde komen éénmaal in de twee kalenderjaren de reis-, verblijf- en behandelkosten van een drieweekse kuurreis naar het buitenland voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De kuurreis moet zijn georganiseerd door een organisatie waarmee Zorg en Zekerheid afspraken heeft gemaakt.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U moet vooraf een aanvraag indienen bij Zorg en Zekerheid met een onderbouwing van uw behandelend arts en toestemming hebben van Zorg en Zekerheid. Een lijst van door Zorg en Zekerheid goedgekeurde organisaties kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 1.100,00 per 2 kalenderjaren

Artikel 13 Logeerhuis

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde komen de kosten van de eigen bijdrage voor vergoeding in aanmerking, bij opname van een gezinslid in een ziekenhuis in Nederland. De vergoeding geldt per dag of nacht voor het verblijf in een aan een ziekenhuis verbonden logeerhuis.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100% per kalenderjaar

Artikel 14 Hulpmiddelen

14.1 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van:

- een prothese-bh en plakstrips behorend bij een borstprothese;
- de eigen bijdrage voor een pruik;
- de eigen bijdrage voor een hoortoestel, de maximale vergoeding geldt per oor;
- een steunpessarium.

Welke kosten worden niet vergoed?

- de kosten van het verplicht en vrijwillig eigen risico en het bedrag dat voor eigen rekening blijft indien u in het kader van een zorgverzekering in natura naar een niet gecontracteerde zorgverlener bent gegaan;
- kosten waarvoor geen medische noodzaak is;
- de kosten van het nazorgcontract, de onderhoudsmiddelen, de reinigungsset of de vervangingsgarantie bij hoortoestellen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 150,00*

* Vergoeding geldt voor alle hulpmiddelen samen.

14.2 Steunzolen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van steunzolen/podotherapeutische zolen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 60,00 per kalenderjaar

14.3 Hulpmiddelen bij thuisverpleging

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden komen eenmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de aanschafkosten van:

- heupondersteuningsband;
- aankleedstokje;
- 'helping hand';
- heupbeschermer;
- drie- of vierpoot;
- looprek;
- krukken.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het hulpmiddel moet door de behandelend arts of verloskundige zijn voorgeschreven. Dit voorschrift dient meegezonden te worden met de nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 40,00

Artikel 15 Huidtherapie

15.1 Acnébehandeling

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van de behandeling van acné per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die gecertificeerd is voor deze behandeling;
- u dient te beschikken over een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar, die op verzoek van Zorg en Zekerheid aan Zorg en Zekerheid dient te worden toegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
75%, tot maximaal € 230,00 per kalenderjaar

15.2 Camouflagetherapie

Wat wordt er vergoed?

Bij camouflagetherapie komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van de behandeling, de instructielessen en de cosmetische producten per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de huidafwijking bevindt zich in gezicht of hals;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die gecertificeerd is voor deze behandeling;
- u dient te beschikken over een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar, die op verzoek van Zorg en Zekerheid aan Zorg en Zekerheid dient te worden toegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 195,00 per kalenderjaar

15.3 Dermatografie (medische tatoeage)

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van dermatografie volgend op een medische behandeling per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of dermatoloog;
- u dient te beschikken over een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar, die op verzoek van Zorg en Zekerheid aan Zorg en Zekerheid dient te worden toegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 210,00 per kalenderjaar

15.4 Elektrische epilatie of laserontharing

Wat wordt er vergoed?

Vrouwelijke verzekerden komen eenmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de kosten van elektrische epilatie of laserontharing.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de beharing moet zich bevinden op plaatsen in het gelaat waar dat naar algemene opvattingen ongebruikelijk is;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die gecertificeerd is voor deze behandeling;
- u dient een medische noodzakelijkheidsverklaring van de behandelaar mee te sturen met de (eerste) nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 570,00 voor de gehele verzekeringsduur

15.5 Voetverzorging voor verzekerden met suikerziekte of reumapatiënten

Verzekerden met suikerziekte of reumatoïde artritis kunnen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van voetverzorging.

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van de voetverzorging per verzekerde, per kalenderjaar. Bij een verzekerde met suikerziekte komt voetverzorging alleen in aanmerking voor vergoeding, indien sprake is van een SIMM 0 classificatie.

Wat wordt er niet vergoed?

De indicatie artrose komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een medisch pedicure of een pedicure die in het bezit is van een aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV) en/ of 'voetverzorging bij reumapatiënten' (RV). De pedicure moet opgenomen zijn in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP). Kijk op onze website voor een pedicure in uw buurt die aan deze voorwaarden voldoet.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
6 behandelingen per kalenderjaar

Artikel 16 Podologie/podo(posturale) therapie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van behandelingen/consulten door een podoloog, podo-kinesioloog, podo-orthesioloog of podotherapeut, per verzekerde, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 115,00 per kalenderjaar

Artikel 17 Stottertherapie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor stottertherapie per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden gegeven volgens de methodes Del-Ferro, Boma, Hausdörfer of Dixhoorn.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
75%, tot maximaal € 635,00 per kalenderjaar

Artikel 18 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Als kosten worden gezien de kosten van consulten, behandelingen en geneesmiddelen. Per verzekerde komen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking de kosten van:

- homeopathische/antroposofische geneesmiddelen;
- de volgende alternatieve behandelwijzen:
 - Acupunctuur;
 - Antroposofie;
 - Chiropractie;
 - Cranio sacraal therapie;
 - Haptotherapie;
 - (Klassieke) homeopathie;
 - Manuele geneeskunde;
 - Natuurgeneeskunde;
 - Orthomoleculaire geneeskunde;
 - Osteopathie;
 - Shiatsu (medisch).

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Geneesmiddelen:

- de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door de arts bij wie u onder behandeling bent;
- de middelen moeten worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudende huisarts;
- de geneesmiddelen dienen te zijn geregistreerd door de databank van het College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). De lijst met geregistreerde middelen kunt u raadplegen op www.cbg-meb.nl of is een middel van één van de volgende fabrikanten: Wala®, Weleda®, Heel®, Vogel®, Biohorma®, Vsm®, Reckeweg®, Dolyssos® of Steigerwald®.

Behandelwijzen:

- als het gaat om manuele geneeskunde, orthomoleculaire geneeskunde en natuurgeneeskunde moet de behandeling worden gegeven door een arts, die niet uw eigen huisarts is;
- voor alle overige genoemde alternatieve behandelwijzen geldt dat de behandelaar moet voldoen aan de voorwaarden die zijn genoemd bij de begripsomschrijvingen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Vergoedingspercentage en maximumbedrag gelden voor alle alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen samen.

AV-AZVZ-Top
75%, tot maximaal € 475,00 per kalenderjaar

Artikel 19 Preventie

19.1 Preventieve cursussen

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van één of meerdere preventieve cursussen per verzekerde, per kalenderjaar, mits uitgevoerd door een goedgekeurde organisatie.

Vergoeding is mogelijk voor de volgende cursussen:

- Afvallen bij overgewicht;
- Stoppen met roken;
- Leren omgaan met...;
- Alcoholtraining;
- Zelfmanagement bij lymfe-oedeem;
- Zelfmanagement bij...;
- EHBO cursus of AED training;
- EHBO bij kinderen;
- Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO);
- Medische verantwoorde trainingsprogramma's;
- Behandeling van ondergewicht of overgewicht;

Kijk voor een volledige lijst met adressen van instellingen, die cursussen geven die voor vergoeding in aanmerking komen en/of die een overeenkomst hebben, op www.zorgzekerheid.nl.

Welke kosten worden niet vergoed?

De kosten van geneesmiddelen, voedingssupplementen en cursusmateriaal zijn uitgesloten van vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

De vergoeding geldt voor één of meerdere gevolgde cursussen tezamen.

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 175,00 per kalenderjaar

19.2 Sport Medisch Advies

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van consulten en/of keuringen per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De consulten en/of keuringen moeten worden uitgevoerd door een geregistreerd sportarts in sportgeneeskundig gespecialiseerde centra (Sport Medische Adviescentra, Sport Geneeskundige Afdelingen).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 75,00 per kalenderjaar

19.3 Duikkeuring

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van consulten en/of keuringen per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De consulten en/of keuringen moeten worden uitgevoerd door een als zodanig gecertificeerde duikarts.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100%, tot maximaal € 75,00 per kalenderjaar

Artikel 20 Farmaceutische Zorg

20.1 Anticonceptiva

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor anticonceptiva (orale geneesmiddelen, hulpmiddelen). Onder deze kosten vallen ook de verrichtingskosten van de (huis)arts.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de kosten worden vergoed vanaf 21 jaar, exclusief de eventuele GVS-eigen bijdrage.
- de anticonceptiva dienen te worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt te worden door een gecontracteerde apotheker.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100% (exclusief de boven GVS bijdrage)

20.2 Maagzuurremmers

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor maagzuurremmers die niet meer vergoed worden uit de Zorgverzekeringswet.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De maagzuurremmers dienen te worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt te worden door een gecontracteerde apotheker.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
100% maximaal € 35,00

Artikel 21 Herstel en verblijf

21.1 Herstellingsoord, zorghotel en hospice

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor het verblijf in een herstellingsoord, zorghotel of hospice in Nederland. De kosten voor een thuiszorgconsult vanuit de hospice vallen ook onder deze vergoeding. De vergoeding geldt per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Voor het verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is een verwijzing van de behandelend arts nodig.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Het herstellingsoord of zorghotel dient toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid. Een lijst van door Zorg en Zekerheid goedgekeurde herstellingsoorden en zorghotels kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-AZVZ-Top
Maximaal € 50,00 per dag met een maximum van € 1.500,00

Rubriek C Verzekeringsvoorwaarden

1 Gelding van deze verzekeringsvoorwaarden

De bepalingen in deze verzekeringsvoorwaarden gelden voor zover bij of krachtens de Zvw of de Awbz niet anders is of wordt geregeld.

2 Inschrijving

2.1 Algemeen

1. De inschrijving als verzekerde in het kader van deze aanvullende verzekering staat alleen open voor degene die als verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet bij Zorg en Zekerheid is ingeschreven en recht heeft op inschrijving in de collectiviteiten via AZVZ.
2. De aanvullend verzekerde wordt als zodanig ingeschreven met ingang van de eerste dag van de maand waarin hij zich als verzekerde via AZVZ voor de aanvullende verzekering heeft aangemeld bij Zorg en Zekerheid, tenzij hij een latere datum kiest die niet mag liggen na 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de aanmelding plaatsvond. De verzekering gaat, behoudens bijzondere omstandigheden zoals het veranderen van werkgever, altijd in op de eerste dag van een maand. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij verzekeringnemer uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar schriftelijk en aangetekend heeft opgezegd.
3. De inschrijving als aanvullend verzekerde wordt beëindigd door:
 - opzegging door de aanvullend verzekerde;
 - opzegging door de maatschappij.
4. De maatschappij kan de verzekering uitsluitend opzeggen:
 - als de aanvullend verzekerde in strijd handelt met hetgeen in de statuten, de reglementen en besluiten van de maatschappij alsmede in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld;
 - als de aanvullend verzekerde de maatschappij op enigerlei wijze benadeelt;
 - bij niet nakoming door de aanvullend verzekerde van de verplichtingen, zoals neergelegd in deze voorwaarden.

2.2 Bewijs van inschrijving

1. Het bewijs van inschrijving als zorgverzekerde bij Zorg en Zekerheid geldt eveneens als bewijs van inschrijving als aanvullend verzekerde.
2. Wanneer de zorgverzekering via AZVZ bij Zorg en Zekerheid en/of de aanvullende verzekering eindigt, verliest het bewijs van inschrijving zijn geldigheid met ingang van de dag volgend op die waarop de verzekering is geëindigd.

2.3 Doel van het bewijs van inschrijving

1. Het bewijs van inschrijving dient de aanvullend verzekerde gedurende de periode van geldigheid, als bedoeld in artikel 5 als legitimatiebewijs om naast de verstrekkingen als bedoeld in de Zvw en de Awbz, verstrekkingen te kunnen ontvangen in het kader van deze aanvullende verzekering.
2. De aanvullend verzekerde komt in aanmerking voor vergoeding van kosten voor verstrekkingen, bedoeld in lid 1, indien deze verstrekkingen zijn verleend op vertoon van het in artikel 5 bedoelde geldige bewijs van inschrijving. De voor vergoeding in aanmerking komende kosten van verstrekkingen en de omvang van de vergoeding worden bij of krachtens deze verzekeringsvoorwaarden geregeld.
3. Degene die de in de vorige leden bedoelde verstrekkingen heeft ontvangen op vertoon van een bewijs van inschrijving dat niet langer geldig is, is gehouden de daaruit voor de maatschappij voortvloeiende schade te vergoeden. Deze vergoeding dient op eerste vordering plaats te vinden.

3 Premie

1. De premie bestaat uit een vast bedrag per verzekerde per maand. De premie is per maand vooraf door degene die deze aanvullende verzekering is aangegaan aan de maatschappij verschuldigd. Voor verzekerden tot de leeftijd van 18 jaar is geen premie verschuldigd.
2. Bij aanmelding van een verzekerde via de Vereniging Platform Maritiem voor werk, inkomen en zorg, geldt een collectiviteitskorting. Ook aan andere groepen van verzekerden kan een collectiviteitskorting worden toegekend die gelijk, hoger of lager is dan de korting bedoeld in de vorige volzin. Wordt de inschrijving op grond van de Zorgverzekeringswet door of namens een verzekerde beëindigd zonder beëindiging van de aanvullende verzekering, dan vervalt elke verleende korting met onmiddellijke ingang.
3. Op de premie voor de inwonende kinderen van aanvullend verzekerden van 18 jaar of ouder kan dezelfde korting van toepassing zijn als voor de partner van de aanvullend verzekerde. Op de premie voor de

uitwonende en studerende kinderen van een aanvullend verzekerde kan tot het bereiken van de leeftijd van 27 jaar dezelfde korting van toepassing zijn als voor de partner van een aanvullend verzekerde, zolang deze verzekerde de premie voor dit (deze) kind(eren) voldoet. De laatste volzin van het vorige lid is onverkort van toepassing.

4. Bij niet voldoen van de premie binnen 30 dagen nadat die premie is verschuldigd, wordt de dekking van de verzekering opgeschort totdat de premie door de maatschappij is ontvangen. De opschorting gaat in op de eerste dag van de maand waarover de achterstallige premie is verschuldigd. Ondanks de opschorting blijft de premie over de verschenen termijn(en) en de nog te verschijnen termijn(en) aan de maatschappij verschuldigd.
5. Ingeval van opschorting is de maatschappij over de periode van opschorting niet gehouden tot enige vergoeding, ondanks een eventueel eerder verstrekt bewijs van inschrijving, eerder afgegeven garantieverklaringen en/of schriftelijke toezeggingen.
6. De dekking is eerst weer van kracht met ingang van de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag, vermeerderd met de wettelijke interest en de in lid 7 bedoelde kosten door de maatschappij zijn ontvangen, onverminderd het recht van de maatschappij de verzekering eenzijdig te beëindigen op grond van artikel 4.
7. Naast de wettelijke interest komen zowel de gerechtelijke als buitengerechtelijke kosten verbonden aan de invordering door de maatschappij in verband met de in dit artikel bedoelde wanbetaling ten laste van degene die deze verzekering is aangegaan. Tevens komen de door de maatschappij vergoede kosten voor verstrekkingen, verleend gedurende de in lid 4 genoemde termijn, voor rekening van de verzekeringnemer.

4 Wijziging van de premie en/of voorwaarden

1. De maatschappij heeft het recht de premie en/of de voorwaarden en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke herziening geschiedt voor elke verzekering op een door de maatschappij vast te stellen datum. Van deze wijziging doet de maatschappij, eventueel op premienota's, tijdig mededeling aan de aanvullend verzekerden en de verzekeringnemers.
2. Gaat de aanvullend verzekerde niet akkoord met de gewijzigde voorwaarden, dan kan hij binnen 30 dagen nadat de wijziging bekend is gemaakt de aanvullende verzekering per aangetekende brief opzeggen. De verzekering eindigt dan met ingang van de datum van wijziging van de voorwaarden met restitutie van eventueel vooruitbetaalde premie.
3. Gaat de aanvullend verzekerde niet akkoord met de gewijzigde premie, dan kan hij uiterlijk tot de dag waarop de premiewijziging ingaat, per aangetekende brief de verzekering opzeggen. De laatste volzin van het vorige lid is ook hier van toepassing.
4. Heeft de aanvullend verzekerde niet of niet tijdig opgezegd, dan wordt de verzekering inclusief de gewijzigde voorwaarden en/of premie, geprolongeerd.
5. De mogelijkheid tot opzeggen komt de aanvullend verzekerde niet toe als de wijziging van de premie en/of de voorwaarden voortvloeit uit een wettelijke regeling of de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt.

5 Verstrekkingen en vergoedingen

1. De aanvullend verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van de in deze verzekeringsvoorwaarden in het desbetreffende door hem gekozen pakket benoemde verstrekkingen in de daarbij te noemen omvang. Wanneer het bedrag van de vergoeding gebonden is aan een maximum, dan is dat maximumbedrag bij de desbetreffende verstrekking genoemd.
2. De aanvullende verzekering kent twee pakketten: AV-AZVZ-Plus en AV-AZVZ-Top. Het pakket AV-AZVZ-Top kan alleen verzekerd worden in combinatie met het pakket AV-AZVZ-Plus.
3. Wanneer een vergoeding is beperkt tot een maximumbedrag voor de gehele duur van de verzekering, dan wordt onder de gehele duur van de verzekering verstaan alle perioden, aansluitend of onderbroken, gedurende welke een aanvullend verzekerde als zodanig bij de maatschappij staat ingeschreven of ingeschreven heeft gestaan.
4. Als de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde verstrekkingen en/of vergoedingen ook elders verzekerd zijn, bijvoorbeeld op grond van de Zorgverzekeringswet of door middel van een reisverzekering of een bedrijfszorgpolis, dan gaat die andere verzekering voor bij het vergoeden van de gemaakte kosten.
5. De kosten van de verstrekkingen die op grond van de aanvullende verzekering zijn vergoed, worden aan dezelfde materiële controle en hetzelfde fraudeonderzoek onderworpen als in de regelgeving voor de zorgverzekering is bepaald.

Rubriek D Overige bepalingen

6 Gehele of gedeeltelijke weigering van vergoeding

1. De maatschappij kan besluiten dat geen of geen volledige vergoeding in het kader van de aanvullende verzekering plaatsvindt als de kosten van vervanging of herstel van een verstreking naar het oordeel van de maatschappij veroorzaakt zijn door toerekenbare onachtzaamheid, grove schuld of opzet van de aanvullend verzekerde.
2. Geen vergoeding wordt verleend als de kosten het gevolg zijn of verband houden met enig misdrijf waaraan de verzekerde opzettelijk heeft deelgenomen.
3. Geen vergoeding wordt verleend voor kosten, die het gevolg zijn of verband houden met
4. een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlogen, onlusten in binnen- en/of buitenland, oproer, opstand, rellen, opstoten of muiterij, of indien deze kosten een gevolg zijn van of verband houden met terrorisme, voor zover niet anders is bepaald in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden NV. Dit clausuleblad is aan onze verzekeringsvoorwaarden voor de zorgverzekering gehecht.
5. Geen vergoeding wordt verleend als de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeit uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan. Hiervan uitgezonderd is de schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten de kerninstallatie bevinden en die gebruikt worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits door de Rijksoverheid een vergunning is afgegeven en 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.
6. Eveneens wordt in het kader van deze verzekering geen vergoeding van kosten verleend, als daarop aanspraken bestaan ingevolge de Zorgverzekeringswet of de AWBZ of enige andere regeling of verzekering.
7. De kosten voor behandeling in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is vermeld.

7 Geschillen

Alle geschillen, die naar aanleiding van de verzekeringsvoorwaarden ontstaan tussen de verzekeringnemer of de aanvullend verzekerde enerzijds en de maatschappij anderzijds, worden voorgelegd aan de bevoegde rechter te Amsterdam en worden beheerst door Nederlands recht. De aanvullend verzekerden en de verzekeringnemers blijven ook na de opzegging van hun lidmaatschap aan de uitspraak van de bevoegde rechter onderworpen voor geschillen die tijdens de periode van verzekering zijn ontstaan.

8 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid in overleg met AZVZ. In incidentele kennelijk niet billijke gevallen beslist het dagelijks bestuur. Deze verzekeringsvoorwaarden zijn door het bestuur van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. vastgesteld in zijn vergadering 9 november 2012 en treden in werking op 1 januari 2013. Met deze verzekeringsvoorwaarden vervallen alle voorgaande verzekeringsvoorwaarden betreffende de uitvoering van de aanvullende verzekering door AZVZ.

9 Indienen en vergoeding van nota's uit het buitenland

1. De originele declaraties uit het buitenland moeten uiterlijk 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de maatschappij zijn ingediend;
2. Deze declaraties moeten zodanig gespecificeerd zijn, dat de maatschappij er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding kan worden overgegaan. Computernota's moeten door de zorgverlener zijn gewaarmerkt;
3. 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 de maatschappij is gehouden;
4. Indien de maatschappij het noodzakelijk acht dat de ingediende nota('s) moet(en) worden vertaald, dan kan de maatschappij de verzekerde verzoeken om de nota('s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler;
5. Vertaalkosten, als bedoeld in het voorgaande lid, komen niet voor een vergoeding in aanmerking;
6. De vergoeding van de gemaakte kosten vindt plaats in Nederland in euro's. Dit met inachtneming van de omrekenkoers van De Nederlandsche Bank, geldende op de datum waarop de aanvullend verzekerde de kosten heeft voldaan. Rechtstreekse vergoeding aan het buitenland vindt alleen plaats als de declaratie meer dan € 500,00 bedraagt.

AZVZ
Postbus 9138
1006 AC Amsterdam
Tel. 020-586 66 66
Fax 020-586 66 65
info@scheepvaartnet.nl
Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid U.A.

www.scheepvaartnet.nl

