



Polisvoorwaarden 2015

Zorg Zeker Polis AZVZ



Basisverzekering Zorg Zeker Polis	1
Leeswijzer	1
Begripsomschrijvingen	3
Rubriek A Grondslag van de verzekering	15
Rubriek B Omvang Dekking	18
Artikel 5 Huisartsenzorg	18
Artikel 6 Medisch specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)	18
Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg	20
Artikel 8 Revalidatie	23
Artikel 9 Orgaantransplantaties	23
Artikel 10 Dialyse	24
Artikel 11 Mechanische beademing	24
Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen	25
Artikel 13 Trombosedienst	25
Artikel 14 Erfelijkheidsadvies	25
Artikel 15 Audiologische zorg	26
Artikel 16 Vruchtbaarheid gerelateerde zorg	26
Artikel 17 Paramedische zorg	27
Artikel 18 Mondzorg	30
Artikel 19 Farmaceutische zorg	34
Artikel 20 Hulpmiddelen	35
Artikel 21 Ziekenvervoer	36
Artikel 22 Buitenland	38
Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg	40
Artikel 24 Ketenzorg	42
Artikel 25 Stoppen met Roken	43
Artikel 26 Zintuiglijk gehandicaptenzorg	43
Artikel 27 Verpleging en verzorging (wijkverpleging)	43
Rubriek C Uitsluitingen	44
Rubriek D Verzekeringsvoorwaarden	46
Rubriek E Informatie	53

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 euritmitherapie 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.

Centrum voor bijzondere tandheekunde

Een universitair of daarmee door Zorg en Zekerheid gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheekundige 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 erfelijkheidsadvies.

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 vrijevestigde 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.

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 voorwendselen.

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.

Kindfysiotherapeut

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

Kinderoefentherapeut

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

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 aanvaarde 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.

Wijkverpleging

Verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

WVG-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 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 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.

Zintuiglijk gehandicapt

Iemand met een visuele beperking en/of een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

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 herstellingsoord

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 vermelde 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

Grondslag van de verzekering

Artikel 1 Algemene bepalingen

- 1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub i van de Zorgverzekeringswet. De zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, wanneer deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- 1.2 Naast de zorgpolis verstrekt Zorg en Zekerheid als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een verzekeringspas op vertoon waarvan de verzekerde de zorg, waar op basis van deze polis aanspraak op bestaat, kan inroepen bij een, voor zover de polis dit voorschrijft, door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling.
- 1.3 De zorg omschreven in Rubriek B (Omvang Dekking) wordt op basis van de zorgpolis, behoudens eigen bijdragen, rechtstreeks door de zorgverlener of zorginstelling bij Zorg en Zekerheid gedeclareerd. De overeenkomst tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling over de hiervoor genoemde zorg omvat in ieder geval afspraken over de hoogte van de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en zorginstellingen wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid en is in te zien op www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.
- 1.4 De aanspraak op zorg zoals in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 1.5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 1.6 Deze polis staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.
- 1.7 De verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt is geen premie verschuldigd.

Artikel 2 Dekking

- 2.1 Deze polis omvat de aanspraak op zorg voor verzekerden die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekerden.
- 2.2 De verzekerde moet voor de benodigde zorg als omschreven in Rubriek B (Omvang Dekking) zich wenden tot een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of instelling. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en zorginstellingen wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid en is in te zien op www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.
- 2.3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg als bedoeld in het voorafgaande lid naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
 - a. Het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgestelde (maximum-) tarief;
 - b. Indien en voor zover er geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg niet binnen redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, of in de nabijheid van de woonplaats van de verzekerde, niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden. Bij het vaststellen en uitvoeren van haar beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert Zorg en Zekerheid voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch, inhoudelijke factoren en zo nodig algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

- 2.4 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling, wordt de vergoeding verlaagd met een bedrag dan wel percentage als genoemd onder de betreffende zorgaanspraak.
- 2.5 Voor de aanspraken genoemd in het voorgaande lid heeft de verzekerde naast recht op vergoeding van kosten van zorg desgevraagd recht op zorgbemiddeling.
- 2.6 Indien en voor zover in deze polis is bepaald dat toestemming van Zorg en Zekerheid benodigd is alvorens recht op zorg bestaat, geldt dit zowel voor gecontracteerde als voor niet-gecontracteerde zorg.
- 2.7 Indien en voor zover Zorg en Zekerheid meer vergoedt dan waartoe zij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt de verzekerde geacht aan Zorg en Zekerheid een volmacht tot incasso op naam van Zorg en Zekerheid van het door de verzekerde aan de zorgverlener of zorginstelling teveel betaalde te hebben verleend.

Artikel 3 Verplicht eigen risico

- 3.1 Op deze polis is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 375,00 per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde verplicht eigen risico wordt vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:
- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek (exclusief de consultatiekosten in het kader van het project NEXT door een psychiater) dat elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;
 - De directe kosten van het gebruik van zorg indien deze kosten verloskundige zorg en kraamzorg betreffen;
 - De kosten van de gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg, exclusief de voetzorg buiten de ketenzorg);
 - Nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 9 onder het vierde streepje, is verstreken;
 - De anticonceptie voor verzekerden vanaf 18 tot en met 20 jaar, indien afgeleverd door een gecontracteerde zorgverlener;
 - Reiskosten (de kosten in de laagste klasse van het openbaar vervoer, dan wel medisch noodzakelijk, de kosten van vervoer per auto) die de donor maakt ten behoeve van de voor rekening van de zorgverzekering komende transplantatie, mits de reiskosten ten laste komen van de zorgverzekering van de donor;
 - De kosten van verpleging en verzorging (wijkverpleging) als bedoeld in artikel 27;
 - De kosten van de medicijncheck door een gecontracteerde apotheker.
- 3.2 Voor verzekerden die op 31 december van het in artikel 3.1 bedoelde kalenderjaar jonger dan 18 jaar zijn, geldt geen verplicht eigen risico.
- 3.3 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het verplicht eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- 3.4 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt het DBC-zorgproduct en DBC-GGZ toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 3.5 Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen verplicht eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid.
- 3.6 Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het verplicht eigen risico en, indien sprake is van een vrijwillig gekozen eigen risico als bedoeld in artikel 4, uitkomen. Het verplicht eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

Artikel 4 Vrijwillig gekozen eigen risico

- 4.1 Op deze polis is per kalenderjaar een vrijwillig gekozen eigen risico per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico is in dat geval vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. De verzekeringnemer heeft het recht te kiezen voor het vrijwillig eigen risico met bijbehorende premiekorting. De kosten die niet van toepassing zijn op het verplichte eigen risico zoals genoemd in artikel 3.1 lid a t/m h vallen ook buiten het vrijwillig gekozen eigen risico. In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag

- voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 4.2 Kosten van zorg die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.
- 4.3 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het vrijwillig gekozen eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- 4.4 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende vrijwillig gekozen eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het vrijwillig gekozen eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:
- Ieder bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor het vrijwillig gekozen risico gold of zal gelden;
 - De op grond van artikel 4.1 berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 - De uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
- 4.5 Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt het DBC-zorgproduct en DBC-GGZ toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 4.6 Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid.
- 4.7 Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico, en het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 3, uitkomen. Het vrijwillig gekozen eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.
- 4.8 Wijziging van het geldende vrijwillig gekozen eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 35 b.

Rubriek B Omvang dekking

Geneeskundige zorg

Artikel 5 Huisartsenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

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

Wat zijn de voorwaarden?

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

Waar heb ik geen recht op?

Als uitsluitingen gelden onder meer:

- een griepvaccinatie;
- medische keuringen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

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

Artikel 6 Medisch specialistische zorg (excl. geestelijke gezondheidszorg)

6.1 Algemeen

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

Een aantal verstrekkingen zijn tijdelijk toegelaten. Zie hiervoor www.zorgenzekerheid.nl welke verstrekkingen dit zijn.

6.2 Verblijf (ziekenhuisopname)

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch specialistische zorg voor een onafgebroken periode tot een maximum van 1.095 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- medisch specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
- op het moment dat niet langer gronden voor medisch specialistische hulp in combinatie met verblijf in een centrum voor medisch specialistische zorg aanwezig zijn, dient dit direct aan Zorg en Zekerheid te worden gemeld.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor behandeling van astma met verblijf (bijvoorbeeld in het Nederlands Astmacentrum Davos of in Heideheuvel) dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

- bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief of WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening;
- in geval van spoedeisende zorg vindt een kostenvergoeding plaats van 100% van het marktconforme of WMG-tarief.

6.3 Niet-klinische medisch specialistische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

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

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het marktconforme tarief of het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief of WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

Behandelingen van plastisch chirurgische aard, met inachtneming van de voorgaande leden, indien die noodzakelijk zijn ter correctie van:

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor een beperkt aantal ingrepen dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC-zorgproducten waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl. Bij het verlenen van toestemming kunnen aanvullende voorwaarden gesteld worden.

Waar heb ik geen recht op?

- behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstampuatie;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- abdominoplastiek, tenzij er bijvoorbeeld sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooien of van een zeer ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.

Sommige medisch specialistische behandelingen zijn niet verzekerd in de basisverzekering. Voor enkele behandelingen heeft Zorg en Zekerheid een vergoeding opgenomen in een aantal van haar aanvullende verzekeringen. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij Medisch Specialistische hulp.

Tevens heeft Zorg en Zekerheid voor aanvullend verzekerden kortingsafspraken gemaakt bij een aantal medisch specialistische centra. Voor meer informatie kunt u terecht op www.zorgenzekerheid.nl.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het marktconforme tarief of het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

6.5 Eerstelijnsdiagnostiek

Eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit laboratoriumonderzoek (onder andere bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (onder andere röntgenonderzoek) en functieonderzoek (onder andere ECGs). Eerstelijnsdiagnostiek wordt aangevraagd door een eerstelijnszorgverlener, waarbij de uitslagen bij die betreffende zorgverleners terugkomen.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op een vergoeding van eerstelijnsdiagnostiek wanneer deze wordt uitgevoerd:

- door de huisartsenpraktijk;
- door een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC);
- door een ziekenhuis of ZBC;
- door een verloskundige (zie artikel 7 voor de voorwaarden).

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient een aanvraag te zijn van:

- de huisarts voor alle eerstelijnsdiagnostiek;
- de verloskundige voor prenatale screening (zie verder artikel 7);
- de bedrijfsarts voor diagnostiek in verband met arbeidsrelevante aandoeningen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij niet gecontracteerde aanbieders bedraagt de vergoeding 75% van het marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg

7.1 Prenatale screening

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

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op een prenatale screening, de aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden. Deze screening omvat de volgende onderdelen:

- counseling (het verschaffen van informatie die het mogelijk maakt om een weloverwogen keuze te maken voor het al dan niet ondergaan van prenatale screening) door de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts of medisch specialist die de verzekerde begeleidt gedurende de zwangerschap;
- structureel echoscopisch onderzoek (seo), ook wel aangeduid als de '20 weken echo';
- alle zwangere vrouwelijke verzekerden die een combinatie-test (bestaande uit een nekpluimmeting en bloedonderzoek) hebben ondergaan waarvan de uitslag "positief" is, hebben aanspraak op vergoeding van de Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT). De combinatie-test komt voor alle vrouwen (met uitzondering van vrouwen met een "medische indicatie") voor eigen rekening.

In sommige van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor een combinatie-test voor vrouwen. Kijk voor onze vergoedingen in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij prenatale screening door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

7.2 Bevalling en verloskundige zorg

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

Bevalling en/of kraambed met medische noodzaak in een ziekenhuis

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- medisch specialistische (verloskundige) zorg, als bedoeld in artikel 6, al dan niet in combinatie met behandeling en verpleging alsmede verblijf in het ziekenhuis. Dit geldt voor moeder en (met ingang van de dag van de bevalling) haar kind;
- verblijf bij de opgenomen moeder van de gezonde zuigeling wegens borstvoeding, zolang Zorg en Zekerheid voor de moeder vergoeding van de opname en behandelkosten is verschuldigd.

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient, naar het oordeel van de verloskundige, de huisarts of de medisch specialist een medische noodzaak te zijn voor verblijf in het ziekenhuis.

Heb ik een verwijzing nodig?

Er dient sprake te zijn van een gerichte verwijzing door een verloskundige of huisarts.

Wat moet ik nog meer weten?

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

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

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

Bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op (met ingang van de dag van de bevalling):

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

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum is zowel voor moeder en kind een eigen bijdrage verschuldigd van € 33,00 per opnamedag (€ 16,50 voor moeder en € 16,50 voor kind). De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 235,00 (€ 117,50 voor moeder en € 117,50 voor kind) per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis of geboortecentrum dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis of geboortecentrum. Indien de bevalling alsnog medisch wordt (overdracht aan de gynaecoloog tijdens de bevalling), vervalt de eigen bijdrage.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

In de meeste van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor deze eigen bijdrage. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Wat moet ik nog meer weten?

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

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

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

Bevalling en/of kraambled thuis

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts.

Wat wordt er vergoed als er een niet-gecontracteerde zorgverlener komt?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

7.3 Kraamzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op (de vrouwelijke verzekerde en haar kind) kraamzorg zoals kraamverzorgenden deze plegen te bieden, door een gediplomeerd kraamverzorgende of een O&G-verpleegkundige. De kraamzorg bestaat uit de inschrijving en intake door het kraamcentrum, de partusassistentie bij een thuisbevalling en de kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

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

Wat zijn de voorwaarden?

- u dient u aan te melden voor kraamzorg via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer: 071-5 825 555) of via www.zorgenzekerheid.nl, uiterlijk vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum;
- bij opname in een ziekenhuis: indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat de kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. De dag van ontslag wordt hierbij niet als opnamedag gerekend;
- de kraamzorg dient te worden verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum op aanwijzing van de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn';
- de kraamzorg dient te worden geleverd door een kraamverzorgende welke is verbonden aan een kraamcentrum.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor aanvullende kraamzorg. Kijk voor onze vergoedingen in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,15 per uur.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

In de meeste van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor deze eigen bijdrage. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij hulp voor kraamzorg van een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 8 Revalidatie

8.1 Revalidatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op revalidatie in een klinische (opname) of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) situatie.

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- de hulp dient de verzekerde in staat te stellen een dusdanige mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen van de verzekerde, redelijkerwijs mogelijk is;
- voor aanspraak op klinische revalidatie dient er de verwachting te zijn dat binnen een korte termijn betere resultaten dan met niet-klinische revalidatie worden behaald.

8.2 Geriatrische revalidatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op geriatrische revalidatie die start vanuit:

- een klinische opname eventueel gevolgd door een deeltijd- of dagbehandeling in de thuissituatie (ambulante geriatrische revalidatie);

Of;

- de thuissituatie (binnen een week na het geriatrische assessment).

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multi morbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid;
- de geriatrische revalidatie is gericht op het verminderen van de functionele beperkingen zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is;
- de indicatie voor geriatrische revalidatiezorg is aanwezig als bij de verzekerde sprake is van een acute aandoening waardoor, evenzo acuut, mobiliteitsstoornissen en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid optreedt. Dit wordt gesteld door de internist ouderengeneeskunde en/of de klinisch geriater na een (schriftelijk) verwijzing van de medisch specialist van het ziekenhuis;
- de zorg sluit aan (of maximaal binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis bij een gestelde indicatie voor revalidatiezorg) op en gaat bij aanvang gepaard met verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, een zogeheten ziekenhuisopname;
- U heeft geen recht op geriatrische revalidatie als u voorafgaand aan de ziekenhuisopname was opgenomen in een AWBZ dan wel WLZ-instelling en u daar behandeling op grond van de AWBZ dan wel WLZ heeft ontvangen;
- de duur bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid een langere periode toestaan.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 9 Organtransplantaties

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- transplantaties van weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een EU- en EER-staat of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van u is;
- medisch specialistische zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- medische zorg conform deze polis van de donor gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen. De zorg dient verband te houden met een door deze verzekering gedekte organtransplantatie; vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van openbaar vervoer dan wel, indien en voor zover medisch noodzakelijk, per auto, in verband met de selectie, opname en

- ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor;
- het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor.

Welke kosten worden niet vergoed?

Niet vergoed worden de verblijfskosten in Nederland van de in het buitenland woonachtige donor, noch diens eventuele gederfde inkomsten.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerde zorginstelling vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 75% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 10 Dialyse

Waar heb ik recht op?

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

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

In het geval van thuisdialyse gelden, naast bovengenoemde aanspraken, ook:

- de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

In het geval van thuisdialyse gelden, naast bovengenoemde aanspraken, ook (betaald uit de DBC):

- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- vergoeding van de kosten van het in bruikleen geven van de dialyseapparatuur met toebehoren, regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede vergoeding van de kosten van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

- bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot 75% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening;

Artikel 11 Mechanische beademing

Waar heb ik recht op?

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

U heeft bij noodzakelijke mechanische beademing thuis recht op:

- het gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door een beademingscentrum.

Wat zijn de voorwaarden?

De beademing ten huize van de verzekerde dient plaats te vinden onder de verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Waar heb ik geen recht op?

Verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing, binnen dit artikel.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor beademing vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Waar heb ik recht op?

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

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist.

Artikel 13 Trombosedienst

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op het door de trombosedienst:

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

Heb ik een verwijzing nodig?

Er dient sprake te zijn van een verwijzing door een huisarts of medisch specialist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde trombosedienst vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 14 Erfelijkheidsadvies

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

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

Wat zijn de voorwaarden?

De hulp dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsadvies met een vergunning voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv).

Heb ik een verwijzing nodig?

Er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts of medisch specialist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsadvies vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 15 Audiologische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op zorg verleend door een audiologisch centrum bestaande uit:

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

Heb ik een verwijzing nodig?

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

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerd audiologisch centrum vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 16 Vruchtbaarheid gerelateerde zorg

16.1 IVF

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op de eerste drie IVF-pogingen per te realiseren zwangerschap per behandelde vrouwelijke verzekerde (inclusief de medicatie).

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van een medische indicatie;
- de vrouwelijke verzekerde dient jonger te zijn dan 43 jaar bij aanvang van de poging;
- een verzekerde die op 31 december 2014 43 jaar of ouder was en bij wie een IVF-poging uiterlijk op die datum was aangevraagd, heeft recht op afronding van die poging;
- indien de vrouwelijke verzekerde jonger is dan 38 jaar wordt er maximaal één embryo teruggeplaatst bij de eerste en tweede poging;
- indien de vrouwelijke verzekerde een leeftijd heeft tussen de 38 en 42 jaar kunnen twee embryo's teruggeplaatst worden, indien dat om medische redenen aangewezen is;
- de behandeling dient plaats te vinden in een IVF-centrum met een vergunning voor de toepassing van IVF op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv).

Heb ik een verwijzing nodig?

Er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts.

Waar heb ik geen recht op?

De vierde en volgende IVF-poging(en) per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken, te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie, en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

Wat moet ik nog meer weten?

- indien er tijdens de IVF-poging meerdere bruikbare embryo's ontstaan kunnen deze worden ingevroren en op een later tijdstip worden teruggeplaatst. Deze terugplaatsingen gelden dan als onderdeel van de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan;
- onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan:
 - a. een doorgaande zwangerschap van tenminste 12 weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie bij een spontane (fysiologische) zwangerschap;
 - b. een doorgaande zwangerschap van tenminste 10 weken na het moment van follikelpunctie bij IVF (bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling en spreken we na tenminste negen weken en drie dagen van een doorgaande zwangerschap).

16.2 Overige vruchtbaarheid gerelateerde zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op vruchtbaarheid gerelateerde zorg, niet zijnde een IVF-poging.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van een medische indicatie;
- de vrouwelijke verzekerde dient jonger te zijn dan 43 jaar.

Heb ik een verwijzing nodig?

Er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts.

16.3 Niet-gecontracteerde vruchtbaarheid gerelateerde zorg

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerde vergunning houdende instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 17 Paramedische zorg

17.1 Algemeen

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie en oefentherapie inclusief de verbijzonderingen. Paramedische zorg omvat ook dieetadviesing, ergotherapie en logopedie. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is binnen de paramedische zorg. Voor wat betreft dieetadviesing wordt de omvang van de zorg begrensd door hetgeen diëtisten als voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is binnen de paramedische zorg. Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zenden wij u desgevraagd toe of kunt u raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl.

17.2 Algemene voorwaarden fysiotherapie en/of oefentherapie

- de fysiotherapie behandeling dient te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- de oefentherapie behandeling dient te worden uitgevoerd door een oefentherapeut;
- in geval van oedeem- en littekentherapie kan de behandeling (ook) uitgevoerd worden door een huidtherapeut;
- in geval van een zitting manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie of geriatrische fysiotherapie, 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) en/of door een oefentherapeut die staat geregistreerd in het 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 de behandelduur, zoals in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering is aangegeven;
- de fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling bestaat uit zogenaamde prestaties. Elke prestatie telt als één behandeling. Dat betekent dat ook een screening en onderzoek elk als één behandeling tellen;
- 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 en Zorg en Zekerheid vooraf aan de fysio- of oefen- of huidtherapeut toestemming heeft gegeven;
- indien u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut en/of oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én indien deze ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting;
- voor fysiotherapie en/of oefentherapie heeft u in bijzondere gevallen vooraf schriftelijke toestemming vooraf nodig van Zorg en Zekerheid. Het gaat hier om de volgende indicaties (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering):
 - a. Div D5 Revalidatie(dag)behandeling aansluitend op 12 maanden i.a.o.;
 - b. Div D5 Verpleeghuisopname, aansluitend op 12 maanden i.a.o.;
 - c. Div D5 Ziekenhuisopname, aansluitend op 12 maanden i.a.o.
- de aanvraag tot toestemming van Zorg en Zekerheid dient ingediend te worden door uw behandelend fysiotherapeut of oefentherapeut.

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

Chronische aandoening

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijke behandelingen, zoals aangegeven in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering, fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist als u een aandoening heeft die op de chronische lijst staat.

Niet-chronische aandoening

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- maximaal 9 behandelingen reguliere fysiotherapie en/of oefentherapie per aandoening per verzekerde per kalenderjaar of op maximaal 9 zittingen kindersfysiotherapie en/ of kinderoefentherapie;
- in aansluiting op deze behandelingen bestaat er bij ontoereikend resultaat, recht op maximaal 9 extra behandelingen reguliere fysiotherapie en/of oefentherapie per aandoening per verzekerde per kalenderjaar of op maximaal 9 zittingen kindersfysiotherapie en/ of kinderoefentherapie;
- de behandeling kindersfysiotherapie wordt vergoed voor aandoeningen behorend binnen de Domeinbeschrijving Kindersfysiotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Kindersfysiotherapeuten (NVFK). De lijst is bekend bij de kindersfysiotherapeut.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de fysiotherapeut is direct toegankelijk.

Zorg en Zekerheid biedt in haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij paramedische behandelingen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut ga?

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van € 18,00 voor een zitting. Voor zittingen manuele therapie, kindersfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie of geriatrische fysiotherapie vindt een kostenvergoeding plaats van € 25,00 voor een zitting. De prestaties screening en intake en onderzoek na screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed.

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

Chronische aandoening

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- de medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde voor aandoeningen benoemd in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- de eerste 9 zittingen bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie, mits gegeven in het kader van "stepped care";
- vergoeding voor de aandoening 'littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma' door zowel een fysiotherapeut als een huidtherapeut.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist als u een aandoening heeft die op de chronische lijst staat.

Waar heb ik geen recht op?

- de eerste 20 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie, indien er sprake is van een eerste behandelserie bij een chronische aandoening en een bestaande behandelserie bij een chronische aandoening bij overgang van de leeftijd van 17 naar 18 jaar;
- de vergoeding voor 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;
- de kosten van 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.

Zorg en Zekerheid biedt in haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij paramedische behandelingen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut ga?

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van € 18,00 voor een zitting. Voor zittingen manuele therapie, kindersfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie of geriatrische fysiotherapie vindt een kostenvergoeding plaats van € 25,00 voor een zitting. De prestaties screening en intake en onderzoek na screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed.

17.5 Ergotherapie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per verzekerde per kalenderjaar.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij ergotherapie.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een ergotherapeut;
- de ergotherapie dient in een behandelruimte of op het huisadres van de verzekerde plaats te vinden met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de ergotherapeut is direct toegankelijk.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde ergotherapeut ga?

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde ergotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van € 9,00 per kwartier. De prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed.

17.6 Logopedie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op logopedische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een logopedist;
- de behandeling moet een geneeskundig doel dienen en van de behandeling kan er herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen worden verwacht;
- in geval van een behandeling voor afasie, preverbaal logopedie of stotteren, dient de behandeling te worden uitgevoerd door een logopedist die ingeschreven staat in het speciale register van de NVFL dat hiervoor is ingesteld;
- per dag komt maximaal één behandeling voor vergoeding in aanmerking.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de logopedist is direct toegankelijk.

Waar heb ik geen recht op?

- onder logopedische behandeling wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en/of anderstaligheid;
- logopedische behandelingen gegeven op school komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- indien u behandelingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele behandelingen voor dezelfde indicatie.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde logopedist ga?

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde logopedist vindt een kostenvergoeding plaats van € 18,00 voor een behandeling. Voor een (uurs)behandeling van afasie, preverbaal logopedie of stotteren vindt een kostenvergoeding plaats van € 36,00. De prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed en per dag komt maximaal één behandeling voor vergoeding in aanmerking.

17.7 Dieetadvisering

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten tot een maximum van 3 behandeluren per verzekerde per kalenderjaar.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering voor mensen met ondervoeding of overgewicht. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij preventieve cursussen.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een diëtist;
- de dieetadvies dient een medisch doel te hebben.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de diëtist is direct toegankelijk.

Waar heb ik geen recht op?

Dieetadvies voor de indicatie diabetes, COPD of CVRM kan onderdeel uitmaken van multidisciplinair gecoördineerde ketenzorg, die wordt ingekocht bij een zorggroep. Indien u dieetadvies via multidisciplinair gecoördineerde ketenzorg ontvangt, heeft u geen recht op de bovengenoemde 3 behandelingen dieetadvies voor dezelfde indicatie of voor aan deze indicatie gerelateerde problematiek.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde diëtist ga?

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde diëtist vindt een kostenvergoeding plaats van € 9,00 per kwartier. De prestatie screening (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt niet vergoed.

Artikel 18 Mondzorg

18.1 Algemene bepalingen

Waar heb ik recht op?

- mondzorg omvat de zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is;
- de mondzorg kan worden verleend door een wettelijke daartoe bevoegde zorgverlener zoals een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist.

Waar heb ik geen recht op?

- de mondzorg omvat geen behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig niet doelmatig zijn;
- prothetische voorzieningen vervaardigd en gedeclareerd door een tandtechnicus komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Mondzorg buiten reguliere praktijk

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

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Als u voor een volledige gebitsprothese al dan niet op implantaten naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van de tarieven die zijn overeengekomen met de gecontracteerde zorgverleners. De overige kosten blijven voor uw rekening.

Een volledig overzicht van de gecontracteerde zorgverleners en de daarmee overeengekomen tarieven kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

18.2 Mondzorg tot 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft bij een vrijgevestigde mondhygiënist recht op:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde meer keren per jaar op die tandheelkundige hulp is aangewezen;
- sealing;
- parodontale hulp.

De vergoedingen en bijbehorende prestatiecodes voor gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënisten kunt u op www.zorgenzekerheid.nl raadplegen. De vergoedingen aan een niet-gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist is lager en kunt u ook op www.zorgenzekerheid.nl raadplegen.

U heeft bij de overige zorgverleners zoals genoemd in artikel 18.1 recht op:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde meer keren per jaar op die tandheelkundige hulp is aangewezen;
- sealing;
- parodontale hulp;
- anesthesie;
- endodontische hulp, met uitzondering van uitwendig bleken;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van de tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- chirurgische tandheelkundige hulp door een tandarts of een kaakchirurg met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
- uitneembare prothetische voorzieningen, niet op implantaten, voor de boven- en/of onderkaak (inclusief reparatie en rebasen daarvan);
- mondzorg in bijzondere gevallen zoals bepaald in artikel 18.4;
- medisch noodzakelijk verblijf zoals bepaald in 18.5.

Waar heb ik geen recht op?

- kroon en brugwerk met uitzondering van de tandheelkundige zorg zoals bedoeld in artikel 18.2 onder k;
- orthodontie met uitzondering van artikel 18.4;
- de prestatie M05 (beslijpen en/of fluorideren melkelement).

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding mondzorg die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

Wat wordt er vergoed voor mondzorg buiten de reguliere praktijken?

De verzekerde tot 18 jaar heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 18.2 onder k en in artikel 18.2 onder l, indien het een extractie onder narcose of een osteotomie betreft, heeft de verzekerde voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid;
- schriftelijke toestemming is ook vereist voor mondzorg in bijzondere gevallen zoals bedoeld in artikel 18.4;
- ook is schriftelijke toestemming vereist indien de volledige prothese (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen.

De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de tandarts, kaakchirurg of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

De toestemming kan worden ingetrokken indien:

- de mondzorg niet meer is aangewezen;
- de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- een andere behandelaar de behandeling overneemt;
- er een andere behandeling uitgevoerd wordt dan waar de toestemming voor gegeven is.

18.3 Mondzorg vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
- uitneembare volledige prothetische voorzieningen, niet op implantaten, voor de boven- en/of onderkaak (inclusief reparatie en rebasen);
- mondzorg in bijzondere gevallen zoals bepaald in 18.4;
- medisch noodzakelijk verblijf zoals bepaald in 18.5.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding mondzorg die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

- Van de volledige prothese bedoeld in artikel 18.3 onder b wordt voor de verzekerde van 18 jaar en ouder 75% van het gecontracteerde bedrag vergoed. Reparatie en rebasen worden 100% vergoed.
- De verzekerde van 18 jaar en ouder is een eigen bijdrage van € 125,00 verschuldigd voor een uitneembare volledige prothetische voorziening al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten, indien het zorg betreft als bepaald in artikel 18.4.1 onder a, b en c.
- Bij de verzekerde van 18 jaar en ouder kan voor zorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 onder a, b en c een eigen bijdrage in rekening worden gebracht. Dit betekent dat voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een eigen bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

De verzekerde van 18 jaar en ouder heeft voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor:

- het tot gelding brengen van de aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder a, indien het een extractie onder narcose of een osteotomie betreft;
- het tot gelding brengen van de zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder b, indien de prothese (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen;
- het tot gelding brengen van de zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder b, indien de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat en het tarief van deze niet-gecontracteerde zorgverlener hoger is dan het met gecontracteerde zorgverleners overeengekomen tarief. Een volledig overzicht van de gecontracteerde tandarts/tandprotheticus en de daarmee overeengekomen tarieven kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl;
- mondzorg in bijzondere gevallen zoals bedoeld in artikel 18.4;
- alle implantologische zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener.

De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie art. 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

De toestemming kan worden ingetrokken indien:

- de mondzorg niet meer is aangewezen;
- de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- een andere behandelaar de behandeling overneemt;
- er een andere behandeling uitgevoerd wordt dan waar de toestemming voor gegeven is.

18.4 Mondzorg in bijzondere gevallen

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor mondzorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 tot en met 18.4.3 is voorafgaande toestemming nodig van Zorg en Zekerheid.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor mondzorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 tot en met 18.4.3 is voor verzekerden een eigen bijdrage verschuldigd zoals bepaald in artikel 18.3.

18.4.1 Mondzorg in bijzondere gevallen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op de noodzakelijke tandheelkundige zorg en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, en het hierbij medisch noodzakelijke verblijf zoals bedoeld in artikel 18.5, in de volgende gevallen:

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

18.4.2 Implantaten en een uitneembare volledige prothese op implantaten in een tandeloze kaak

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, de daarbij behorende uitneembare prothese en de onderdelen ter bevestiging daarvan, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor alle zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgverlener is schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Voor alle implantologische zorg (het plaatsen van implantaten, het maken van een implantaat gedragen gebitsprothese en de reparatie of de rebasing van de gebitsprothese) hebt u vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid.

Uitzonderingen hierop zijn:

- Reparatie en rebasing tot € 500,00, die geleverd wordt door de gecontracteerde zorgverleners;
- Het plaatsen van implantaten in de onderkaak en het maken van de bijbehorende prothese door gecontracteerde zorgverleners.

Een volledig overzicht van de gecontracteerde zorgverleners en zorg met bijbehorende tarieven, kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl.

18.4.3 Orthodontie in bijzondere gevallen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op orthodontische hulp in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Wat zijn de voorwaarden?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Ja, voor orthodontie in bijzondere gevallen is voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor toestemming van Zorg en Zekerheid dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de orthodontist of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de behandeling orthodontie in bijzondere gevallen is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor orthodontie in het algemeen tot 18 jaar. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

18.5 Medisch noodzakelijk verblijf

Verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals omschreven in artikel 18 al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg:

- Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen;

- b. In afwijking van het gestelde onder a tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

19.1 Algemene bepaling

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op farmaceutische zorg zoals bepaald in de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg. Deze zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement, is voor verstrekking van het betreffende geneesmiddel voorafgaande toestemming vereist. Het Reglement is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u het Reglement opvragen via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of door een bezoek te brengen aan onze winkels.

Bij gecontracteerde apotheken en overige gecontracteerde farmaceutische zorgverleners wordt de door Zorg en Zekerheid afgesproken prijs voor het geneesmiddel en tarief voor de zorg afgerekend.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Ten aanzien van farmaceutische zorg van een niet-gecontracteerde apotheker of apothekhoudend huisarts of overige farmaceutische zorgverleners vindt ten aanzien van de bij de levering behorende vergoeding en toeslagen een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het vastgestelde marktconforme zorgtarief. Dit betreft alleen een kostenvergoeding voor advies en begeleiding bij de terhandstelling van een UR-geneesmiddel en/of de Instructie patiënt UR-geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel, zoals omschreven door de NZa. De prestatie medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelgebruik wordt vergoed. De overige kosten van de zorgtarieven blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme zorgtarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners is in te zien op www.zorgenzekerheid.nl en wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

De geneesmiddelen worden maximaal vergoed tot de marktconforme prijs. De marktconforme tarieven zijn opvraagbaar bij Zorg en Zekerheid en bekend bij de apotheker of apothekhoudend huisarts.

19.2 Geneesmiddelen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op de terhandstelling of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:

- de in de Regeling Zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover aangewezen door Zorg en Zekerheid;
- geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid voor zover het rationele farmacotherapie is. Voor rationele farmacotherapie hanteren wij de definitie van het Zorginstituut Nederland. Rationele farmacotherapie is de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur. Daarbij geldt tevens dat het geneesmiddel het meest economisch is voor de zorgverzekering respectievelijk de patiënt;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die op verzoek van een arts, als bedoeld in voornoemd artikel, in Nederland zijn bereid door een, conform de Geneesmiddelenwet, vergunninghoudende fabrikant;

Of;

- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die in de handel zijn in een lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts, als bedoeld in voornoemd artikel, binnen Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners.

Wat zijn de voorwaarden?

- de geneesmiddelen zijn aangewezen in de Regeling Zorgverzekering en als zodanig aangewezen door Zorg en Zekerheid. Eén en ander is nader uitgewerkt in het Reglement;
- indien de voorschrijver het niet medisch verantwoord acht de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geregistreerd geneesmiddel met dezelfde werkzame stof;

- tenzij Zorg en Zekerheid nadere afspraken (zie hiervoor www.zorgenzekerheid.nl) heeft gemaakt met een apotheker/apothekhoudend huisarts, dient de farmaceutische hulp te zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en dient ter hand gesteld te worden onder verantwoordelijkheid van die apotheker/apothekhoudend huisarts;
- op farmaceutische zorg is de prescriptieregeling (zie het Reglement) van toepassing;
- op vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen (of bestanddelen van geneesmiddelen) een limiet aan de vergoeding is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vastgestelde vergoedingslimiet blijven de meerkosten voor uw eigen rekening (de GVS-eigen bijdrage), dit is ook van toepassing op een apotheekbereiding. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het eigen risico;
- voor aanspraak op een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is ook te raadplegen via www.wetten.nl;
- Zorg en Zekerheid kan in haar Reglement nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid van de terhandstelling van geneesmiddelen en met betrekking tot de levering van de farmaceutische zorg (in aanvulling op de geldende Beleidsregel NZa Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg).

Waar heb ik geen recht op?

- zorg die niet behoort tot de farmaceutische zorg zoals bedoeld in de Regeling Zorgverzekering;
- prestaties farmaceutische zorg, waarop geen aanspraak bestaat (de prestaties Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep, Advies farmaceutische zelfzorg, Advies gebruik UR-geneesmiddelen tijdens reis en Advies ziekterisico bij reizen, zoals omschreven in de geldende beleidsregel Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg van de NZa);
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, lid 3, onder f van de Geneesmiddelenwet met uitzondering van geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 19.2 onder d.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij farmaceutische zorg

19.3 Dieetpreparaten

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op terhandstelling van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten uitsluitend aan een verzekerde die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding die:

- lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- lijdt aan een voedselallergie;
- lijdt aan een resorptiestoornis;
- lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop;

Of;

- daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Artikel 20 Hulpmiddelen

De omvang van de aanspraak of vergoeding wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Deze zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verstrekking van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Waar heb ik geen recht op?

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

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij aflevering van hulpmiddelen en verbandmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 21 Ziekenvervoer

21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden:

- vervoer per ambulance, hiervan is sprake bij medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland;
- zittend ziekenvervoer, hiervan is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of (eigen) auto.

21.2 Ambulancevervoer

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer in Nederland over een afstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?

Het betreft ziekenvervoer:

- naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten - met inachtneming van een eventueel vrijwillig gekozen eigen risico - geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen;
- naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ dan wel WLZ zal gaan verblijven;
- vanuit een AWBZ(dan wel WLZ)-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ dan wel WLZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ(dan wel WLZ)-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ dan wel WLZ wordt verstrekt;
- van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien u in uw woning redelijkerwijs niet de verzorging kunt krijgen.

Bovendien:

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Indien het vervoer per ambulance niet mogelijk is, dient aan Zorg en Zekerheid vooraf toestemming te worden gevraagd voor een ander middel van vervoer.

Waar heb ik geen recht op?

Het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ(dan wel WLZ)-instelling.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij ambulancevervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WVG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme of WVG-tarief blijven voor uw rekening.

21.3 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer in de laagste klasse, vervoer per (eigen) auto of taxi) van en naar een zorgverlener of zorginstelling over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?

Het betreft ziekenvervoer voor zover:

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

Wat moet ik nog meer weten?

- de vergoeding voor vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,31 per kilometer. De vergoeding wordt berekend op basis van de kortst gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de 'optimale route' volgens de routeplanner, Routenet (www.routenet.nl);
- kosten voor openbaar vervoer of gebruik van de (eigen) auto worden vergoed op basis van de kortste gebruikelijke afstand;
- het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar, betreft. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid vervoer van twee begeleiders toestaan;
- buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig en gedurende meerdere keren per week is aangewezen op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

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

21.4 Wijze van aanvragen zittend ziekenvervoer

Hoe kan ik zittend ziekenvervoer aanvragen?

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

21.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 97,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij overige.

21.6 Wijze van declareren zittend ziekenvervoer

Hoe kan ik de kosten declareren?

Voor het declareren van de kosten indien sprake is van eigen vervoer, dient u het declaratieformulier zittend ziekenvervoer in te vullen en dit samen met uw nota's en afsprakenkaart naar Zorg en Zekerheid te sturen. Voor inzendtermijnen zie voorwaarden 30.1 onder f.

Artikel 22 Buitenland

22.1 Algemene bepaling

Voor (vergoeding van) het recht op behandeling in het buitenland is er verschil tussen:

- verzekerden die wonen in Nederland (artikel 22.2.);
- verzekerden die wonen in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland (artikel 22.2 en 22.3.);
- verzekerden die wonen in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is (artikel 22.2 en 22.4).

Als een verzekerde in het buitenland de zorg inroept van een niet door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vindt vergoeding voor de kosten van de zorg plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zou zijn verleend.

Indien bij de betreffende zorgvorm niet afzonderlijk is aangegeven wat de vergoeding voor de kosten van de zorg is, indien verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, dan vindt vergoeding voor die kosten plaats tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief.

De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening.

Meer informatie over zorgverzekeringen en het buitenland kunt u vinden op de website van het Zorginstituut Nederland www.zorginstituutnederland.nl.

Heb ik toestemming nodig?

Voor intramurale zorg buiten Nederland (dat is opnemings of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht) is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. Indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan Nederland, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief.

22.2 Woonachtig in Nederland

22.2.1 Tijdelijk verblijvend in een ander EU/EER-land of verdragsland

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

Waar heb ik recht op?

U heeft naar keuze recht op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding van de kosten dan wel het recht op behandeling van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

- verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, niet zijnde het woonland, is alleen van toepassing indien het in verdragslanden betrekking heeft op medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden

- uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) en in een EU/EER-land op prestaties, die tijdens verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf;
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land moet ingeroepen worden volgens de voorgeschreven verdragsystematiek (Europese verzekeringspas). Ter plaatse geldende eigen betalingen tellen mee in het eigen risico.

22.2.2 Tijdelijk verblijvend in een land dat geen EU/EER-land en geen verdragsland is

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

Waar heb ik recht op?

U heeft naar keuze recht op:

- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- medisch noodzakelijke zorg (binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

Verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland.

22.3 Woonachtig in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland

Waar heb ik recht op?

De verzekerde die woont in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft in zijn woonland naar keuze recht op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding voor de kosten van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (genoten in een ander land dan het woonland en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

22.4 Woonachtig in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is

Waar heb ik recht op?

De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft in zijn woonland naar keuze recht op:

- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (genoten in een ander land dan het woonland en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?

Verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland.

22.5 Volledige vergoeding

In de gevallen bedoeld in artikel 22 vindt volledige vergoeding van de kosten plaats voor zover:

- er sprake is van wachtlijstbemiddeling door Zorg en Zekerheid of;
- de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door Zorg en Zekerheid.

22.6 Bevoegdheid zorgverlener of instelling

Zorg in het buitenland moet worden verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.

Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg

23.1 Generalistische Basis GGZ vanaf 18 jaar

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor de Generalistische Basis GGZ is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist (niet zijnde een psychiater).

Wat zijn de voorwaarden voor de verwijzing?

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:

- persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
- reden van verwijzing, waaronder in ieder geval de vermoedelijke stoornis volgens DSM IV;
- naar welke zorgverlener (in de Generalistische GGZ) verwezen wordt;
- naam, functie en agb-code van de verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

Een verwijzing is uiterlijk 1 jaar geldig. Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken is er voor de vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

23.2 Aanspraak Generalistische Basis GGZ

Waar heb ik recht op?

De Generalistische Basis GGZ is toegankelijk vanaf 18 jaar en bestaat uit vier producten, namelijk behandeling kort, behandeling middel, behandeling intensief en behandeling chronisch. U heeft recht op Generalistische Basis GGZ door een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater. De omvang van de zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten (psychiaters/zenuwartsen) en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, conform het behandeltraject dat voorgeschreven is door de verwijzer.

Waar heb ik geen recht op?

De zorg omvat niet:

- de specialistische zorg bedoeld in artikel 23.3;
- een intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen;
- orthopedagogische zorg;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit eerder genoemde stoornis volgens DSM-IV;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- meerdere prestaties die gelijktijdig gedeclareerd worden. Met uitzondering van een combinatie van één van de prestatie Basis Kort (BK), Basis Midden (BM) of Basis Intensief (BI) in combinatie met Basis Chronisch (BC) of de integrale prestaties in combinatie met de Overige Producten (OVP);
- hulp bij overspanning en burn-out, tenzij dit zich uit in eerder genoemde stoornis volgens DSM-IV;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze worden beschreven in het "Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk-negatieve lijst" van het Zorginstituut Nederland.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater ga?

Bij een consultatie van een niet-gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

23.3 Gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor de gespecialiseerde GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

Wat zijn de voorwaarden voor de verwijzing?

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:

- persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
- reden van verwijzing, waaronder in ieder geval de vermoede stoornis volgens DSM-IV;

- naar welke zorgverlener (in de Gespecialiseerde GGZ) verwezen wordt;
- naam, functie en agb-code verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

U dient ten aanzien van de periode waarvoor de verwijzing is verleend te beschikken over een geldige verwijzing, die niet ouder is dan 1 jaar ten opzichte van de aanvang van de zorg. Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is geen nieuwe verwijzing nodig, indien de vervolgbehandeling binnen een jaar na einde van de eerdere behandeling aanvangt. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor een vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is een verwijzing nodig voor eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is.

23.4 Omvang van de zorg

Waar heb ik recht op?

De Gespecialiseerde GGZ is toegankelijk vanaf 18 jaar, tenzij u aanspraak heeft op gespecialiseerde GGZ op grond van de Jeugdwet. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten (een psychiater/zenuwarts) en klinisch psychologen, als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de Generalistische Basis GGZ als bedoeld in artikel 23.1 en 23.2.

23.5 Klinische gespecialiseerde GGZ

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op (vanaf 18 jaar, tenzij u aanspraak heeft op gespecialiseerde GGZ op grond van de Jeugdwet),:

- opname in een GGZ-instelling of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 3 jaar (1.095 dagen). Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als een onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1.095 dagen). Onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 3 jaar (1.095 dagen);
- specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Waar heb ik geen recht op?

- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit eerdergenoemde diagnose volgens DSM-IV;
- een intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen;
- orthopedagogische zorg;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- hulp bij overspanning en burn-out, die zich niet uit in diagnose volgens DSM-IV, die wel vergoeding biedt;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze interventies worden beschreven in het "Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk- negatieve lijst" van het Zorginstituut Nederland.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde GGZ-instelling ga?

Bij zorg in een niet-gecontracteerde GGZ-instelling vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

Heb ik een machtiging nodig als ik naar een niet-gecontracteerde zorginstelling ga?

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat, dient u een machtiging aan te vragen voor specialistische GGZ met verblijf. Om deze machtiging aan te vragen, stuurt de zorgverlener aan Zorg en Zekerheid, namens u:

- een verwijsbrief van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts;
- de klinische opname indicatie, conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen;
- het voorgestelde behandelplan, inclusief aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
- de namen van de zorgverleners, inclusief hoofdbehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
- de onderbouwing van de te declareren deelprestatie inclusief inzet VOV-personeel in relatie tot de stoornis;
- de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.

23.6 Niet-klinische gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

Gespecialiseerde GGZ door een GGZ-instelling, psychiater, klinisch psycholoog, zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Waar heb ik geen recht op?

- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit eerder genoemde diagnose volgens DSM-IV;
- een intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen;
- orthopedagogische zorg;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- hulp bij overspanning en burn-out;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze interventies worden beschreven in het "Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk-negatieve lijst" van het Zorginstituut Nederland.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder ga?

Bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 25% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 24 Ketenzorg

24.1 Ketenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op multidisciplinaire gecoördineerde zorg ook wel ketenzorg genoemd, indien u een specifieke chronische aandoening heeft. Voor de definitie van ketenzorg verwijzen wij naar de begripsomschrijvingen.

Wat zijn de voorwaarden?

De ketenzorg dient geleverd te worden bij een specifieke chronische aandoening (COPD, CVRM en Diabetes, allen gebaseerd op de zorgstandaard van de betrokken aandoening) door een groep verschillende zorgverleners die de zorg gecoördineerd levert. Deze groep wordt ook wel een zorggroep genoemd. Een omschrijving van de zorgstandaard kunt u vinden op www.zorgzekerheid.nl.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij hulp voor ketenzorg van een niet-gecontracteerde zorggroep vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme of WMG-tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

24.2 Voetzorg buiten de keten

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op voetzorg zoals huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden aan verzekerden met Diabetes (DM Type I en DM Type II). Deze zorg kan zowel binnen de Ketenzorg (artikel 24.1) als buiten de Ketenzorg verleend worden.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van minimaal een Zorgprofiel 2 classificatie, tenzij het de jaarlijkse voetcontrole betreft;
- de zorg dient te worden verleend door een gecontracteerde podotherapeut. Meer informatie kunt u vinden op www.zorgzekerheid.nl;
- de zorgverlener dient de declaratie rechtstreeks en digitaal bij Zorg en Zekerheid in te dienen.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist indien de zorg niet verleend wordt door de huisarts of medisch specialist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 100% van het WMG-tarief.

Artikel 25 Stoppen met Roken

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op één stoppen met roken programma per kalenderjaar. Deze zorg omvat, geneeskundige zorg gericht op gedragsverandering al dan niet in combinatie met geneesmiddelen met als doel te stoppen met roken.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt geen vergoeding van het in rekening gebrachte plaats.

Artikel 26 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op extramuraal zintuiglijke gehandicaptenzorg gericht op het leren omgaan met, opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

Wat zijn de voorwaarden?

- u woont thuis (niet in een inrichting);
- u heeft een visuele beperking en/of een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis;
- de zorg dient multidisciplinair te zijn.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief en het mogelijk meerdere dan het marktconforme tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 27 Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Wat zijn de voorwaarden?

- de gecontracteerde wijkverpleegkundige bepaalt of er recht is op aanspraak en de omvang van de aanspraak;
- de zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop;
- de zorg gaat niet gepaard met verblijf zoals bedoeld in artikel 6.2 en artikel 18.5;
- de zorg betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7;
- de zorg omvat alleen zorg aan verzekerden van 18 jaar en ouder, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
 - a. sprake is van permanent toezicht;

Of;

- b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief plus het mogelijk meerdere dan het marktconforme tarief blijven voor uw rekening.

27.1 Zvw -pgb bij verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Waar heb ik recht op?

Indien u aanspraak heeft op verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 27 kunt u, voor zover u daaraan behoefte heeft desgevraagd in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb

Wat zijn de voorwaarden?

- de gecontracteerde wijkverpleegkundige bepaalt of er recht is op aanspraak en de omvang van de aanspraak; het reglement Zvw-pgb is van kracht, u vindt dit op www.zorgzekerheid.nl.
- u vraagt zelf vooraf een schriftelijk toestemming bij Zorg en Zekerheid;
- aan deze toestemming kunnen administratieve voorwaarden gesteld worden en kunnen voorwaarden aan de kosten van de inkoop gesteld worden.

Rubriek C Uitsluitingen

Artikel 28 Uitsluitingen

28.1 Specifieke uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- a. De verschuldigde eigen bijdragen en eigen betaling krachtens de Zorgverzekeringswet en de AWBZ en van bevolkingsonderzoeken;
- b. Aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de toepasselijke ministeriële regeling anders is bepaald;
- c. Het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
- d. Alternatieve geneeswijzen;
- e. Een kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake verloskundige zorg;
- f. Kosten die gemaakt worden voor behandelingen waarvoor van te voren een machtiging dient te worden aangevraagd en die machtiging niet van te voren is aangevraagd noch is afgegeven;
- g. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- h. Behandelingen gericht op de sterilisatie van zowel man als vrouw;
- i. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- j. Behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van mannelijke verzekerden;
- k. Geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- l. Declaraties ten gevolge van het niet verschijnen op een afspraak met een zorgverlener;
- m. Voor opname indien voortzetting van ziekenhuisopname medisch gezien niet meer noodzakelijk is, naar het oordeel van de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid;
- n. Van onderzoeken en behandelingen die naar wetenschappelijke opvattingen of binnen de betrokken beroepsgroep niet algemeen aanvaard of niet gebruikelijk zijn in het kader van de uitoefening van het beroep of specialisme of niet zijn opgenomen in de wettelijke omschrijving van de beroepsuitoefeningen;
- o. Prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
- p. Indien de kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in artikel 22 buitenland;
- q. Behandeling van placiocefalie en brachycefalie zonder craniosynotose met een redressiehelm.

28.2 Algemene uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van kosten:

- a. Indien deze het gevolg zijn van schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
- b. Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlog, onlusten in binnen- en/of buitenland, oproer, opstand, rellen, opstoten en munitie.

Indien de behoefte aan zorg het gevolg is van één of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisme schade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximum bedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarden van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld heeft u in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering te bepalen omvang. Het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking N.V. is op deze polis van toepassing. Het clausuleblad is gedeponereerd op 6 januari 2005 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen via www.terrorismedekking.nl en www.zorgenzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

28.3 Overige uitsluitingen

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

28.4 Aansprakelijkheid

- a. Zorg en Zekerheid is niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgverlener van wiens zorg u gebruik heeft gemaakt.
- b. De eventuele aansprakelijkheid van Zorg en Zekerheid voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de verzekering voor rekening van Zorg en Zekerheid zouden zijn gekomen, tenzij sprake is van opzet of grove schuld.

Rubriek D Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 29 Verzekeringsvoorwaarden

29.1 Algemeen

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

29.2 Opname in een ziekenhuis

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

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

Indien de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis aanspraak heeft op zorg dan wel recht heeft op vergoeding van door hem gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Ten aanzien van de toerekening van een DOT en een DBC (DBC-zorgproduct) geldt hetgeen is aangegeven in artikel 3.4.

29.4 Persoonsregistratie

- De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing;
- Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgverleners of zorginstellingen omtrent uw verzekeringsstatus. Zorg en Zekerheid behoudt zich in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken, met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Indien u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid;
- In het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert Zorg en Zekerheid conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een Incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

Artikel 30 Verplichtingen verzekerde/verzekeringnemer

30.1 Algemene verplichtingen

De verzekerde/verzekeringnemer is verplicht:

- Bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs;
- De behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid indien de medisch adviseur daarom vraagt;
- Aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder wordt tevens verstaan het, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijk second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
- Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking; het is hem niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- Binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde is gedetineerd en/of dat de detentie van verzekerde is afgelopen, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
- De originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen vóór 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DOT en/of een DBC worden alle kosten die met deze DOT en/of DBC-verband houden toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Indien de nota's later worden ingediend dan hierboven vermeld is kan de vergoeding van zorgkosten worden verminderd met de schade die Zorg en Zekerheid daardoor lijdt of zelfs komen te vervallen, voor zover Zorg en Zekerheid

- door de late indiening in een redelijk belang is geschaad. Alleen originele nota's, of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/zittend ziekenvervoer, zie hiervoor ook www.zorgenzekerheid.nl;
- Voor zover een verwijzing in de polis voor het invoeren van de zorg is vereist, de verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen indien Zorg en Zekerheid hierom vraagt.

30.2 Tijdig aanvragen van toestemming

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

30.3 Niet nakomen van verplichtingen

Bij niet nakoming van de verplichting zoals geformuleerd in 30.2, komen de eventuele (financiële) gevolgen in beginsel voor rekening van verzekerde. Dit laat onverlet dat deze verzekerde in beginsel geen recht heeft op zorg dan wel behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden, indien de vereiste toestemming (nog) niet is verleend door Zorg en Zekerheid.

30.4 Verjaring

- Uw rechtsvordering, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd;
- Om te voorkomen dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart, moet u Zorg en Zekerheid binnen de verjaringstermijn schriftelijk mededelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsvordering tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart.

Artikel 31 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

- Iedere aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde wordt gefraudeerd dan wel enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
- Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;
- Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a., de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
- Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
- Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer registreren in het Extern Verwijzingsregister en wordt aangifte gedaan bij de politie.

Artikel 32 Onrechtmatige inschrijving

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

Artikel 33 Premie

33.1 Grondslag van de premie

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

33.2 Berekening van de premie

Grondslag van de premie

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

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

33.3 Korting op de premie voor vrijwillig gekozen eigen risico

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

33.4 Korting op de premie voor collectiviteiten

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

33.5 Korting op de premie voor vooruitbetaling

Bij vooruitbetaling van de premie per halfjaar of jaar krijgt u respectievelijk 1% of 3% korting over de verschuldigde premie inclusief het vrijwillig gekozen eigen risico.

33.6 Premiebetaling

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

33.7 Betalingsachterstand

- Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Zorg en Zekerheid na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;
- Uiterlijk 10 werkdagen nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling (artikel 18a.lid 1 Zvw). Het aanbod bestaat in ieder geval uit de in artikel 18a, tweede lid, Zvw opgenomen elementen (artikel 18a. lid 2 Zvw);
- Zo spoedig mogelijk nadat de premieachterstand vier maandpremies is gaan bedragen (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) deelt Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer en de verzekerde mede dat zij voornemens is over te gaan tot melding, zoals bedoeld in artikel 18a. Zvw, zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde met uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte er van te betwisten (artikel 18b. lid 1 Zvw);
- Indien Zorg en Zekerheid haar standpunt op de betwisting handhaaft, kan de verzekerde of verzekeringnemer binnen een termijn van vier weken na ontvangst van die mededeling een geschil hierover voorleggen aan een onafhankelijke instantie op grond van artikel 114 Zvw of de burgerlijke rechter (artikel 18b.2 Zvw). Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18b, derde lid, Zvw);
- Indien een premieachterstand (zonder incassokosten en rente) is ontstaan van zes maanden meldt Zorg en Zekerheid dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het Zorginstituut Nederland, de verzekeringnemer en de verzekerde (artikel 18c. lid 1 Zvw). De melding geschiedt niet indien:
 - de premieachterstand tijdig is betwist en de zorgverzekeraar zijn standpunt nog niet aan de verzekeringnemer kenbaar heeft gemaakt;
 - gedurende de in artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn;

- in geval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - indien de verzekeringnemer zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten (Zie artikel 18c, tweede lid, Zvw).
- Zorg en Zekerheid stelt het Zorginstituut Nederland, de verzekeringnemer en de verzekerde onverwijld op de hoogte van de datum waarop:
 - De uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan;
 - De schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, als bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 - Door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, tenminste zijn zorgverzekeraar deelneemt (artikel 18d. lid 3 Zvw);
 - Indien Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtelijke kosten worden tenminste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd, in gebreke is;
 - De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Zorg en Zekerheid zijn ontvangen.

33.8 Betaling verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

- Met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 3 en 4 komt het eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde;
- Indien Zorg en Zekerheid de op grond van deze polis gedekte kosten rechtstreeks heeft vergoed aan een zorgverlener of instelling en hierop nog een eigen risico van toepassing is dan moet de verzekeringnemer/verzekerde het opgelegde eigen risico terugbetalen bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid;
- Indien de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:
 - Zorg en Zekerheid kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen met de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden vanaf de 31ste dag na de aanmaning. U blijft verplicht de betaling van het opgelegde eigen risico te voldoen;
 - Aanspraken op vergoedingen en/of verstrekkingen herleven weer op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag inclusief de kosten door Zorg en Zekerheid is ontvangen. Bij beëindiging van de verzekering zal invordering onmiddellijk plaatsvinden;
 - Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die het eigen risico verschuldigd is. De buitengerechtelijke kosten worden ten minste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die het eigen risico verschuldigd is, in gebreke is.

Artikel 34 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

34.1 Kennisgeving

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

34.2 Bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde

Zorg en Zekerheid benadert de verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste 4 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig gekozen eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Zorg en Zekerheid kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn, wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder vrijwillig gekozen eigen risico. De verzekerde is echter geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand waarin verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt, zie art. 1.7.

Artikel 35 Herziening van premie of voorwaarden

- a. Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of de grondslag van de premie van de bij Zorg en Zekerheid lopende verzekering en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum, doch tenminste zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer/verzekerde is meegedeeld. Zorg en Zekerheid maakt, eventueel op premienota's, de wijzigingen bekend;
- b. De verzekeringnemer/verzekerde die zich met de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag niet kan verenigen, kan door opzegging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging van de verzekering schriftelijk en aangetekend bij Zorg en Zekerheid indienen binnen zes weken nadat de wijziging door Zorg en Zekerheid bekend is gemaakt. Zorg en Zekerheid beëindigt de verzekering met ingang van de datum van de wijziging met restitutie van de reeds voldane vooruitbetaalde premie;
- c. Heeft Zorg en Zekerheid voor de dag van inwerkingtreding van de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag geen schriftelijk verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden;
- d. De mogelijkheid tot tussentijdse opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van de voorwaarden en/of premie, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen (artikelen 11 tot en met 14 uit de Zorgverzekeringswet), daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ-aanspraak bestaat.

Artikel 36 Begin en einde van de verzekering

- a. Begin van de verzekering:
 1. De verzekering gaat in principe in op de dag waarop Zorg en Zekerheid het volledig ingevulde aanvraagformulier van de verzekeringnemer heeft ontvangen;
 2. Indien Zorg en Zekerheid op basis van de gegevens op het aanvraagformulier niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een verzekering te sluiten en zij in verband daarmee nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de dag waarop de laatst bedoelde persoon de benodigde informatie heeft verschaft;
 3. Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zolang in afwijking van artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop de plicht ontstond;
 4. Indien de zorgverzekering ingaat binnen één maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden en/of wijziging van de grondslag van de premie, met toepassing van artikel 7:940 lid 4 van het Burgerlijk Wetboek, is geëindigd door opzegging werkt deze zorgverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd;
 5. Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop Zorg en Zekerheid het verzoek, bedoeld in lid 1 a, daarvoor ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 1 a of 1 b, gaat de verzekering op die latere datum in.
- b. De verzekering gaat in op de datum die op het originele polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan plaatsvinden:
 1. door uzelf (verzekeringnemer). U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk opzeggen;
 2. door gebruik te maken van de opzegservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

- c. Nadat Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij Zorg en Zekerheid de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst. Het voorgaande luidt uitzondering indien Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.
- d. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat Zorg en Zekerheid niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na:
 1. schorsing van de dekking als bedoeld in artikel 33.7. Aan een beëindiging op deze grond wordt geen terugwerkende kracht verleend;
 2. onwaarachtige weergave van feiten als bedoeld in artikel 31.
- e. De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. Zorg en Zekerheid dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.
- f. De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt. U dient dit zelf aan te geven.
- g. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop Zorg en Zekerheid tengevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden. Zorg en Zekerheid stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op deze grond eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- h. Indien de verzekeringnemer een andere is dan de verzekerde kan de verzekeringnemer Zorg en Zekerheid schriftelijk verzoeken om beëindiging van de verzekering van de verzekerde indien de verzekerde zich intussen elders op grond van de Zorgverzekeringswet heeft verzekerd. Zorg en Zekerheid eindigt de verzekering, en wel met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand, volgend op die waarop het verzoek daartoe door Zorg en Zekerheid wordt ontvangen. De verzekeringnemer dient daartoe bewijsstukken, waaruit blijkt dat verzekerde elders op grond van de Zorgverzekeringswet is verzekerd, te overleggen.
- i. Indien het schriftelijke verzoek tot opzegging inclusief de benodigde bewijsstukken, als bedoeld in het voorgaande lid, wordt ontvangen voorafgaand aan de dag waarop de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt, wordt de verzekering bij Zorg en Zekerheid beëindigd met ingang van de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat.
- j. Indien de verzekerde op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet is verzekerd kan deze de zorgverzekering gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het Zorginstituut Nederland hem daarvan mededeling heeft gedaan, vernietigen indien de verzekerde aan het Zorginstituut Nederland en de zorgverzekeraar aantoonde in de periode bedoeld in artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet reeds bij een andere zorgverzekeraar verzekerd is.
- k. In afwijking van artikel 931 boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is Zorg en Zekerheid bevoegd een met Zorg en Zekerheid gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat degene die het Zorginstituut Nederland bij Zorg en Zekerheid verzekerde op dat moment niet verzekeringsplichtig was.
- l. Zo nodig in afwijking van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet kan, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, een verzekeringnemer een zorgverzekering als bedoeld in het eerste lid van artikel 9d van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

Artikel 37 Geschillen

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

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

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

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

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

- e. Indien u een klacht heeft over de Zorg en Zekerheid gehanteerde formulieren kunt u deze voorleggen aan de NZa. De klacht moet betrekking hebben op formulieren die naar uw oordeel overbodig of te ingewikkeld zijn. De uitspraak van de NZa is aan te merken als een bindend advies.

NZa
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Slotbepaling

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen ten aanzien van deze verzekeringsovereenkomst. In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Aldus door de ledenraad vastgesteld op 7 november 2014 met ingang van 1 januari 2015.

Rubriek E Informatie

Heeft u vragen dan kunt u de medewerkers van ons Contact Center bellen. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer: (071) 5 825 825. Of u kunt een bezoek brengen aan één van onze winkels. Ook op www.zorgenzekerheid.nl vindt u veel informatie.

MijnZZ

Verzekerden van Zorg en Zekerheid hebben toegang tot MijnZZ. Via MijnZZ is het mogelijk ingediende declaraties, eigen risico, persoonlijke gegevens en polis gegevens te raadplegen en (indien van toepassing) te wijzigen. Bovendien kunt u via MijnZZ uw nota's online declareren. U kunt in MijnZZ inloggen met uw DigiD account via www.zorgenzekerheid.nl/mijnzz.

Hoe krijg ik mijn nota vergoed?

Zorg en Zekerheid vergoedt alleen kosten op basis van de originele nota's (dus geen pinbonnen en/of kassabonnen), of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener.

U kunt uw nota's op de volgende manieren indienen:

- schrijf uw Burger Service Nummer op de originele nota en declareer uw nota('s) online via MijnZZ www.zorgenzekerheid.nl/mijnzz. De originele nota dient u minimaal drie jaar na uploaden te bewaren. Binnen deze periode kunnen wij de nota nog opvragen voor controle;

Of;

- schrijf uw Burger Service Nummer op de originele nota en stuur uw originele nota('s) in een ongefrankeerde enveloppe aan:

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

- originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid, voor uw eigen administratie adviseren wij u een kopie te maken;
- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming te vragen, welke dat zijn kunt u terugvinden in deze polisvoorwaarden onder Rubriek B Omvang dekking.

Hoe krijg ik mijn buitenland nota vergoed?

Bij de declaratie van in het buitenland gemaakte geneeskundige kosten moet u naast de originele nota ook een declaratieformulier indienen. Dit formulier is te downloaden via www.zorgenzekerheid.nl of verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid. De originele nota kunt u samen met het declaratieformulier gratis opsturen naar:

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

Eén IBAN

Bij declaraties is het niet nodig uw IBAN te vermelden. Zorg en Zekerheid gebruikt voor het uitbetalen van uw declaraties zoveel mogelijk hetzelfde IBAN als voor de incasso of betaling van de premies. Dit IBAN staat vermeld op uw polisblad.

AZVZ
Postbus 9138
1006 AC Amsterdam
T. (020) 5 866 666
F. (020) 5 866 665
info@scheepvaartnet.nl
Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid U.A.

www.scheepvaartnet.nl

