



# Polisvoorwaarden 2013

Aanvullende verzekeringen AZVZ





<b>Aanvullende verzekeringen</b>	
Leeswijzer	1
<b>Rubriek A Begripsomschrijvingen</b>	<b>3</b>
<b>Rubriek B Omvang dekking AV-AZVZ-Plus</b>	<b>4</b>
Eigen Risico	4
Vergoeding eigen bijdrage thuiszorg	4
Vervangende mantelzorg	4
Hulp bij dyslexie	4
Geboortezorg	5
Tandheelkundige hulp	6
Paramedische behandelingen	7
Psychologische zorg	10
<b>Rubriek C Omvang dekking AV-AZVZ-Top</b>	<b>11</b>
Extra tandheelkundige hulp	11
Brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen	11
Buitenland	12
Kuurreizen	14
Hulpmiddelen	15
Huidtherapie	16
Podologie/podo(posturale) therapie	17
Stottertherapie	17
Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen	18
Preventie	18
Farmaceutische Zorg	20
<b>Rubriek D Verzekeringsvoorwaarden</b>	<b>21</b>
<b>Rubriek E Overige bepalingen</b>	<b>23</b>



# Leeswijzer

In deze polisvoorwaarden wordt in artikel 33.3 van de basisverzekering 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.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl). Deze informatie is ook te lezen op [www.scheepvaartnet.nl](http://www.scheepvaartnet.nl). Op de website van AZVZ ([www.scheepvaartnet.nl](http://www.scheepvaartnet.nl)) staan de verschillende polisvoorwaarden, reglementen en alle premie informatie voor AZVZ verzekerden.



# Rubriek A Begripsomschrijvingen

De in rubriek A van de Zorg Zeker Polis 2013 gegeven definities gelden ook voor deze verzekeringsvoorwaarden.

## Aanvullend verzekerde

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

## Aanvullende verzekering

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

## Awbz

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

## AZVZ

De uitvoerder van deze aanvullende verzekeringen.

## Duikarts

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

## Maatschappij(risicodragers)

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

## Premie

De premie voor de aanvullende verzekering.

## Regeling zorgverzekering

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

## Verzekerde bij AZVZ

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

## Zorgverzekering bij Zorg en Zekerheid

De verzekering ingevolge de verzekeringsvoorwaarden zorgverzekering van Zorg en Zekerheid.

## Zvw

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

# Rubriek B Omvang dekking AV-AZVZ-Plus

## Artikel 1 Eigen Risico

De aanvullende verzekering vergoedt aan aanvullend verzekerde werknemers het in het kader van de zorgverzekeringswet wettelijk verplichte eigen risico van € 350,00 per verzekerde werknemer van 18 jaar of ouder, mits hiervoor met de werkgever afspraken zijn gemaakt.

## Artikel 2 Vergoeding eigen bijdrage thuiszorg

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
100% tot maximaal € 500,00, per kalenderjaar

## Artikel 3 Vervangende mantelzorg

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
Tot een maximum van 6 weken

## Artikel 4 Hulp bij dyslexie

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
75% tot maximaal € 320,00 per kalenderjaar



## Artikel 5 Geboortezorg

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

### 5.1 Kraampakket

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
Uitgebreid kraampakket

### 5.2 Vergoeding van de eigen bijdrage voor verloskundige hulp en kraamzorg

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
100%, tot maximaal € 312,00, per kalenderjaar

### 5.3 Vergoeding verlengde of uitgestelde kraamzorg

#### 5.3.1 Vergoeding verlengde kraamzorg

*Wat wordt er vergoed?*

Verlengde kraamzorg na de tiende dag na de bevalling.

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
Maximaal 16 uur

#### 5.3.2 Vergoeding uitgestelde kraamzorg

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
Maximaal 16 uur

## Artikel 6 Tandheelkundige hulp

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

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

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

*Welke kosten worden niet vergoed?*

- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet tijdig afgemelde afspraken;
- de kosten voor röntgendiagnostiek boven de € 30,00 per kalenderjaar;
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- bleken van elementen;
- bij orthodontie het gebruik van keramische brackets of keramische zelfligerende brackets;
- bij orthodontie het gebruik van een elektronische chip en bespreken van de gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur, inclusief de techniekkosten;
- bij orthodontie de vacuümgevormde hoesjes, b.v. Invisalign+;
- de kosten die bij u in rekening worden gebracht als u voor de volledige gebitsprothese naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat.

### 6.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

#### 6.1.1 Consulten en behandelingen

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Welke kosten worden niet vergoed?*

De kosten voor röntgendiagnostiek boven de € 30,00 per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
100% tot maximaal € 1.000,00*

\* de maximale vergoeding geldt voor artikel 6.1.1 en 6.1.2 tezamen.

#### 6.1.2 Overige tandheelkundige behandelingen

*Wat wordt er vergoed?*

Naast de kosten genoemd onder artikel 6.1.1, kan per verzekerde, per kalenderjaar in aanmerking komen voor vergoeding de kosten van:

- tandheelkundige behandelingen, gedeclareerd door een tandarts;
- tandvleesbehandelingen uitgevoerd en gedeclareerd door een vrijgevestigde mondhygiëniste;
- de eigen bijdrage in de kosten van de volledige gebitsprothese in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- de eigen bijdrage in de kosten van een volledige gebitsprothese op implantaten in boven en/of onderkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;

- gedeeltelijke prothetische voorziening in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus.

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
100% tot maximaal € 1.000,00*

\* de maximale vergoeding geldt voor artikel 6.1.1 en 6.1.2 tezamen.

## Artikel 7 Paramedische behandelingen

### 7.1 Fysiotherapie

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

#### 7.1.1 Fysiotherapie door een gecontracteerde fysiotherapeut

*Wat wordt er vergoed?*

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie per verzekerde per kalenderjaar, voor zowel chronische als niet-chronische aandoeningen, voor zover er geen recht is op vergoeding uit de basisverzekering. Hiertoe behoren ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, huid-/oedeemtherapie, psychosomatische, geriatrie fysiotherapie en groepstherapie.

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een gecontracteerde fysiotherapeut U vindt de gegevens van deze gecontracteerde fysiotherapeuten op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl) of u kunt ze opvragen via ons Contact Center: (071) 5 825 825 of bij één van onze verzekeringswinkels.
- bij claudicatio intermittens komen de eerste 20 behandelingen gesuperviseerde looptraining gegeven door een gecontracteerde fysiotherapeut die is aangesloten bij Claudicationet, in aanmerking voor vergoeding. Deze 20 behandelingen tellen niet mee voor het maximaal aantal behandelingen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
---------------------

Alle behandelingen fysiotherapie
----------------------------------

### 7.1.2 Fysiotherapie door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut

*Wat wordt er vergoed?*

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie per verzekerde per kalenderjaar, voor chronische en niet chronische, aandoeningen voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering. Hiertoe behoren ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, huid-/oedeemtherapie, psychosomatische en geriatrie fysiotherapie.

Per fysiotherapeutische behandeling wordt maximaal € 18,00 vergoed. Als onderdeel van de genoemde aantallen gelden ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, huid-/oedeemtherapie, psychosomatische, geriatrie fysiotherapie en groepstherapie.

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
---------------------

Alle behandelingen fysiotherapie
----------------------------------

### 7.1.3 Verbijzonderingen fysiotherapie door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut

#### Manuele therapie

Als onderdeel van de in artikel 10.1.1 en 10.1.2 aangegeven aantallen behandelingen per aanvullend pakket worden zo nodig maximaal 9 behandelingen manuele therapie vergoed. Zowel de behandelingen in de basisverzekering als de behandelingen in de aanvullende verzekering tellen mee voor deze 9. In geval van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut wordt de behandeling vergoed tegen een tarief van maximaal € 25,00 per behandeling.

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

#### Kinderfysiotherapie

Er is alleen sprake van kinderfysiotherapie bij specifieke aandoeningen, namelijk: longaandoeningen, reumatische aandoeningen, neurologische aandoeningen en een beperkt aantal orthopedische aandoeningen. Deze behandelingen worden vergoed tegen een tarief van maximaal € 25,00 per behandeling.

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

#### Huid-/Oedeemtherapie door een fysiotherapeut of huidtherapeut

Als sprake is van aandoeningen aan het lymfatisch- of veneuze stelsel. In geval van een niet-gecontracteerde therapeut worden de behandelingen (lymfe-)oedeemtherapie en littekenweefseltherapie vergoed tegen een tarief van maximaal € 25,00 per behandeling.

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

#### Psychosomatische fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met psychisch disfunctioneren, kan er een behandelindicatie zijn voor psychosomatische fysiotherapie. Deze behandelingen worden in geval van een niet gecontracteerde fysiotherapeut vergoed tegen een tarief van maximaal € 25,00 per behandeling.

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is opgenomen in het deelregister Psychosomatische fysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie;

- er dient sprake te zijn van matig tot zwaar gecompliceerde psychische herstel belemmerende factoren, en en ander ter beoordeling van de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid, met inachtneming van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP);
- de verzekerde is 18 jaar of ouder.

### Geriatric fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met geriatric problematiek, kan er een behandelindicatie zijn voor geriatric fysiotherapie. Deze behandelingen worden in geval van een niet gecontracteerde fysiotherapeut vergoed tegen een tarief van maximaal € 25,00 per behandeling.

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

### 7.1.4 Beweegprogramma's

*Wat wordt vergoed?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
75% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren

### 7.2 Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut Mensendieck dan wel een oefentherapeut Cesar;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een therapeut met wie Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft gesloten;
- in geval van een verbijzonderde zitting dient de behandeling te worden uitgevoerd door een oefentherapeut die staat geregistreerd in het initiële register psychosomatisch oefentherapeut of het initiële register kinderoefentherapie van de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici;
- een chronische aandoening dient benoemd te zijn in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding beperkt tot een bepaalde periode, zoals in Bijlage 1 is aangegeven;
- voor een chronische aandoening geldt dat de therapie medisch noodzakelijk dient te zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist is voorgeschreven;
- per dag komt maximaal één zitting voor vergoeding in aanmerking tenzij:
  - voor meerdere zittingen op één dag medische noodzaak bestaat;
  - deze zittingen verantwoord gespreid zijn;
  - Zorg en Zekerheid vooraf aan de oefentherapeut toestemming heeft gegeven.

Indien niet aan bovenstaande uitzonderingen wordt voldaan, is de verzekerde is er zelf voor verantwoordelijk dat er maximaal één zitting per dag plaatsvindt.

- indien u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én indien er sprake is van complicaties en/of terugval; wij vergoeden de kosten volgens het met de therapeut afgesproken tarief en het aangegeven maximum aantal behandelingen per pakket geldt voor de behandelingen Mensendieck en Cesar samen.

*Wat wordt er niet vergoed?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
Alle behandelingen

## Artikel 8 Psychologische zorg

### 8.1 Eerstelijns psychologische zorg

*Wat wordt er vergoed?*

In aanmerking komen de kosten voor eerstelijns psychologische zorg per verzekerde, per kalenderjaar.

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

- er moet een verwijzing zijn van een behandelend arts;
- de eerstelijns psychologische behandeling moet worden uitgevoerd door een gecontracteerd eerstelijns psycholoog of een gecontracteerd arts die beschikt over een aantekening seksuoloog;
- de eerstelijns psychologische behandelingen dienen te volgen op de vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg vanuit de basisverzekering.

*Welke kosten worden niet vergoed?*

De kosten van de eigen bijdrage van de 5 zittingen eerstelijns psychologische zorg vanuit de basisverzekering.

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
4 zittingen per kalenderjaar

### 8.2 Overige psychologische hulp

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Plus</b>
100% tot maximaal € 320,00, per kalenderjaar

### 8.3 Lichttherapie

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

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

# Rubriek C Omvang dekking AV-AZVZ-Top

## Artikel 9 Extra tandheelkundige hulp

### 9.1 Kroon- en brugwerk, mondhygiëne, wortelkanaalbehandeling en röntgendiagnostiek

#### *Wat wordt er vergoed?*

De kosten van kroon- en brugwerk, mondhygiëne, wortelkanaalbehandelingen en paradontologische behandelingen.

#### *Welke kosten worden niet vergoed?*

- de kosten voor röntgendiagnostiek boven de € 30,00 per kalenderjaar;
- de kosten die reeds vergoed worden in artikel 6 van de AV-AZVZ-Plus;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- bleken van elementen;
- de kosten die bij in rekening worden gebracht als u voor de volledige gebitsprothese naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat.

#### *Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
100% tot maximaal € 1.000,00, per kalenderjaar

### 9.2 Orthodontie aan verzekerden tot en met 21 jaar

#### *Wat wordt er vergoed?*

De kosten voor orthodontische behandeling.

#### *Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

#### *Welke kosten worden niet vergoed?*

- bij orthodontie het gebruik van keramische brackets of keramische zelfligerende brackets;
- bij orthodontie het gebruik van een elektronische chip en bespreken van de gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur, inclusief de techniekkosten;
- bij orthodontie de vacuümgevormde hoesjes, b.v. Invisalign+.

#### *Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

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

## Artikel 10 Brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen

#### *Wat wordt er vergoed?*

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

#### *Wat wordt er niet vergoed?*

De vergoeding geldt niet voor zonnebrillen.

#### *Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

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

<b>AV-AZVZ-Top</b>
Maximaal € 200,00 éénmaal per kalenderjaar



## Artikel 11 Buitenland

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

#### *Wat wordt er vergoed?*

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

#### *Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

#### *Welke kosten worden niet vergoed?*

Laboratoriumonderzoeken, muggencrème en -olie zijn uitgesloten van vergoeding.

#### *Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

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

<b>AV-AZVZ-Top</b>
--------------------

100% tot maximaal € 105,00 per kalenderjaar
---

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

#### *Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

De kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige hulp en/of tandheelkundige hulp en/of kosten voor hulpverlening in het buitenland worden slechts vergoed indien:

- bij het vertrek naar het buitenland niet kon worden voorzien dat de geneeskundige en/of tandheelkundige hulp nodig zou zijn;
- het verkrijgen van geneeskundige en/of tandheelkundige hulp niet uitsluitend of mede het doel van het verblijf in het buitenland is;
- uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland niet medisch verantwoord is;
- bij een ziekenhuisopname, in geval van een langdurige medische behandeling, bij meer dan twee poliklinische behandelingen en zonder uitstel contact is opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (+31 71 5 825 444) of eventueel per e-mail ([alarmcentrale@anwb.nl](mailto:alarmcentrale@anwb.nl)) of fax (+31 70 3 147 040);
- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist wordt meegestuurd;
- de vergoeding is per kalenderjaar.

### 11.3 Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland

#### *Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

#### *Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
--------------------

Vergoeding kosten binnen Europa
---------------------------------

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- 100% (kostprijs) in Europa</li><li>- Buiten Europa maximaal 200% van het marktconforme dan wel WMG tarief in Nederland*</li></ul> |
|---|

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

#### 11.3.1 Geneeskundige kosten

##### *Wat wordt er vergoed?*

In aanmerking komen de kosten voor onderstaande geneeskundige kosten:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- (plaatselijk) medisch noodzakelijk ambulancevervoer van de verblijfplaats in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, arts of specialist en weer terug naar de reguliere verblijfplaats in het buitenland;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi, eigen en openbaar vervoer. Maakt u gebruik van eigen vervoer, dan vergoedt Zorg en Zekerheid € 0,31 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie en/of zakenreis;



- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland.

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

#### **AV-AZVZ-Top**

Vergoeding kosten binnen Europa

- 100% (kostprijs) in Europa
- Buiten Europa maximaal 200% van het marktconforme dan wel WMG tarief in Nederland\*

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

#### **11.3.2 Tandheelkundige kosten**

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

Het moet gaan om kosten van tandheelkundige noodhulp.

*Welke kosten worden niet vergoed?*

Uitgesloten zijn de kosten van kronen, brugwerk en implantaten.

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

#### **AV-AZVZ-Top**

Maximaal € 355,00 per kalenderjaar

#### **11.3.3 Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen**

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

Het betreft:

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

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

*Welke kosten worden niet vergoed?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

#### **AV-AZVZ-Top**

Kostprijs

#### **11.3.4 De kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale**

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

Het betreft de kosten van organisatie en bemiddeling door de ANWB Alarmcentrale in verband met de volgende gebeurtenissen:

- ziekte, ongeval en overlijden;
- opname in een ziekenhuis;
- langdurige medische behandeling en meer dan tweemaal poliklinische behandeling door een arts of specialist;

- medisch noodzakelijke repatriëring van de verzekerde naar Nederland;
- toezending van geneesmiddelen.

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
Kostprijs

#### 11.4 Uitsluitingen

*Welke kosten worden niet vergoed?*

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

en/of kosten uit uw aanvullende verzekering voor hulpverlening in het buitenland in het geval er sprake is van:

- Verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies geldt van het Ministerie van Buitenlandse Zaken (zie [www.minbuza.nl](http://www.minbuza.nl)) of de ANVR;
- Kosten die voortvloeien uit skispringen, skivliegen, skijöring, ski-alpinisme, tourskiën, gletscherskiën, gletschertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, paraskiën, heliskiën, het onderdeel figuurspringen van freestyleskiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen). Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (071) 5 825 **846** of declaraties [@zorgenzekerheid.nl](mailto:@zorgenzekerheid.nl);
- Kosten die voortvloeien uit risicovolle sporten, zoals deltavliegen, parachutespringen, zeilvliegen en dergelijke, vechtsporten, wielervedstrijden, rugby, wildwatervaren, paardenrenwedstrijden, zeezeilen in wedstrijdverband en bergtochten anders dan op begaanbare wegen en paden, sportduiken (zonder brevet of zonder professionele begeleiding);
- Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (071) 5 825 **846** of [declaraties.buitenland@zorgenzekerheid.nl](mailto:declaraties.buitenland@zorgenzekerheid.nl);
- Kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31ste week;
- Kosten die verband houden met alternatieve zorg zowel behandelingen als medicatie;
- Kosten die verband houden met paramedische zorg met uitzondering van de vooraf gemachtigde behandelingen.

#### 11.5 Zuurstof op vakantie

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

U heeft reeds een indicatie voor zuurstofgebruik.

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
Maximaal € 600,00

## Artikel 12 Kuurreizen

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

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

<b>AV-AZVZ-Top</b>
--------------------

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

## Artikel 13 Logeerhuis

*Wat wordt er vergoed?*

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

<b>AV-AZVZ-Top</b>
--------------------

100% per kalenderjaar
-----------------------

## Artikel 14 Hulpmiddelen

### 14.1 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

*Wat wordt er vergoed?*

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

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

*Welke kosten worden niet vergoed?*

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

<b>AV-AZVZ-Top</b>
--------------------

100% tot maximaal € 150,00*
-----------------------------

\* Vergoeding geldt voor alle hulpmiddelen samen.

### 14.2 Steunzolen

*Wat wordt er vergoed?*

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

<b>AV-AZVZ-Top</b>
--------------------

100% tot maximaal € 60,00 per kalenderjaar
--

### 14.3 Hulpmiddelen bij thuisverpleging

*Wat wordt er vergoed?*

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

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

- krukken.

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
100% tot maximaal € 40,00

## Artikel 15 Huidtherapie

### 15.1 Acnébehandeling

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

- de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die gecertificeerd is voor deze behandeling;
- u dient een medische noodzakelijkheidverklaring van de behandelaar mee te sturen met de (eerste) nota.

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
75% tot maximaal € 230,00 per kalenderjaar

### 15.2 Camouflagetherapie

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

- de huidafwijking bevindt zich in gezicht of hals;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die gecertificeerd is voor deze behandeling;
- u dient een medische noodzakelijkheidverklaring van de behandelaar mee te sturen met de (eerste) nota.

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
100% tot maximaal € 195,00 per kalenderjaar

### 15.3 Dermatografie (medische tatoeage)

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of dermatoloog;
- u dient een medische noodzakelijkheidverklaring van de behandelaar mee te sturen met de (eerste) nota.

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
100% tot maximaal € 210,00 per kalenderjaar

### 15.4 Elektrische epilatie of laserontharing

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

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

### 15.5 Voetverzorging voor verzekerden met suikerziekte of reumapatiënten

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

*Wat wordt er vergoed?*

In aanmerking komen de kosten van de voetverzorging per verzekerde, per kalenderjaar.

*Wat wordt er niet vergoed?*

De indicatie artrose komt niet voor vergoeding in aanmerking.

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
6 behandelingen per kalenderjaar

## Artikel 16 Podologie/podo(posturale) therapie

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
100% tot maximaal € 115,00 per kalenderjaar

## Artikel 17 Stottertherapie

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
75% tot maximaal € 635,00 per kalenderjaar

## Artikel 18 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen

### *Wat wordt er vergoed?*

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

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

### *Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

Geneesmiddelen:

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

Behandelwijzen:

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

### *Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

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

<b>AV-AZVZ-Top</b>
--------------------

75% tot maximaal € 475,00 per kalenderjaar
--

## Artikel 19 Preventie

### 19.1 Preventieve cursussen

#### *Wat wordt er vergoed?*

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

Vergoeding is mogelijk voor de volgende cursussen:

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

Kijk voor een volledige lijst met adressen van instellingen, die cursussen geven die voor vergoeding in aanmerking komen en/of die een overeenkomst hebben, op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl).

*Welke kosten worden niet vergoed?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

De vergoeding geldt voor één of meerdere gevolgde cursussen tezamen.

<b>AV-AZVZ-Top</b>
--------------------

100% tot maximaal € 175,00 per kalenderjaar
---

### 19.2 Sport Medisch Advies

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
--------------------

100% tot maximaal € 75,00 per kalenderjaar
--

### 19.3 Duikkeuring

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
--------------------

100% tot maximaal € 75,00 per kalenderjaar
--

## Artikel 20 Farmaceutische Zorg

### 20.1 Anticonceptiva

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
100% (exclusief de boven GVS bijdrage)

### 20.2 Maagzuurremmers

*Wat wordt er vergoed?*

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

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

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

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-AZVZ-Top</b>
100% maximaal € 35,00



# Rubriek D Verzekeringsvoorwaarden

## 1 Gelding van deze verzekeringsvoorwaarden

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

## 2 Inschrijving

### 2.1 Algemeen

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

### 2.2 Bewijs van inschrijving

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

### 2.3 Doel van het bewijs van inschrijving

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

## 3 Premie

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

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

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

#### 4 Wijziging van de premie en/of voorwaarden

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

#### 5 Verstrekkingen en vergoedingen

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

# Rubriek E Overige bepalingen

## 6 Gehele of gedeeltelijke weigering van vergoeding

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

## 7 Geschillen

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

## 8 Slotbepaling

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

## 9 Indienen en vergoeding van nota's uit het buitenland

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

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

[www.scheepvaartnet.nl](http://www.scheepvaartnet.nl)

