

SIZ Standaardverzekering 2008

variant Restitutie

INHOUDSOPGAVE

I	TREFWOORDENREGISTER	3	III	DEKKINGS- EN PRESTATIEWIJZE	14
II	ALGEMEEN GEDEELTE	5		Geneeskundige zorg	14
Artikel 1.	Begripsomschrijvingen	5	Artikel 13.	Huisartsenzorg	14
Artikel 2.	Algemene bepalingen	7	Artikel 14.	Verloskundige zorg	14
2.1.	Grondslag	7	Artikel 15.	Medisch specialistische zorg	14
2.2.	Werkgebied	8	Artikel 16.	Revalidatie	15
2.3.	Medische noodzaak	8	Artikel 17.	Erfelijkheidsonderzoek	15
2.4.	Ontlenen recht	8	Artikel 18.	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	15
2.5.	Fraude	8	18.1.	In-vitrofertilisatie (IVF)	15
2.6.	Aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen	8	18.2.	Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	15
2.7.	Verwerken persoonsgegevens	8	Artikel 19.	Audiologische zorg	16
2.8.	Kennisgevingen	8	Artikel 20.	Plastische en/of reconstructieve chirurgie	16
2.9.	Lidmaatschap van de Coöperatie	8	Artikel 21.	Transplantatie van weefsels en organen	16
2.10.	Bedenkperiode	8	Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		17
2.11.	Voorrangsbepaling	8	Artikel 22.	Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ	17
2.12.	Interpretatie	8	Artikel 23.	Specialistische GGZ	17
2.13.	Nederlands recht	8	Artikel 24.	Persoonsgebonden budget (PGB) GGZ	18
Artikel 3.	Premie	9	Paramedische Zorg		18
3.1.	Premiegrondslag	9	Artikel 25.	Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	18
3.2.	Premiekorting bij collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering	9	25.1.	Voor verzekerden jonger dan 18 jaar	18
3.3.	Verschuldigdheid van premie	9	25.2.	Voor verzekerden van 18 jaar en ouder	19
3.4.	Betaling van premie	9	Artikel 26.	Logopedie	19
3.5.	Vordering	9	Artikel 27.	Ergotherapie	19
3.6.	Overlijden	9	Artikel 28.	Dieetadvisering	19
3.7.	Niet tijdig betalen	9	Mondzorg		19
Artikel 4.	Overige verplichtingen	9	Artikel 29.	Tandheelkundige zorg	19
4.1.	Verplichting	9	29.1.	Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar	19
4.2.	Belangen	9	29.2.	Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen	20
Artikel 5.	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	10	29.3.	Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 22 jaar en ouder	20
5.1.	Wijziging voorwaarden	10	Artikel 30.	Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 22 jaar en ouder	20
5.2.	Opzeggingsrecht	10	Farmaceutische zorg		21
Artikel 6.	Ingang, duur en beëindiging van de SIZ Standaardverzekering	10	Artikel 31.	Geneesmiddelen	21
6.1.	Ingang en duur	10	Artikel 32.	Dieetpreparaten	22
6.2.	Einde van rechtswege	10	Hulpmiddelenzorg		22
6.3.	Opzegging door de verzekeringnemer	10	Artikel 33.	Hulpmiddelenzorg	22
6.4.	Opzegging door de maatschappij	11	Verblijf in een instelling		22
6.5.	Gezondheidsrisico	11	Artikel 34.	Verblijf	22
6.6.	Wijze van opzeggen	11	Kraamzorg		22
6.7.	Bewijs van einde	11	Artikel 35.	Kraamzorg	22
Artikel 7.	Verplicht eigen risico	11	Ziekenvervoer		23
Artikel 8.	Vrijwillig eigen risico	11	Artikel 36.	Ambulancevervoer	23
Artikel 9.	Buitenland	12	Artikel 37.	Zittend ziekenvervoer	23
9.1.	Verzekerde woonachtig in Nederland	12	Zorgbemiddeling		24
9.2.	Verzekerde woonachtig in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland	12	Artikel 38.	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	24
9.3.	Verzekerde woonachtig in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is	12			
9.4.	Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	12			
9.5.	Verwijzing en/of machtigingsvereiste	12			
Artikel 10.	Uitsluitingen	12			
Artikel 11.	Klachten en geschillen	13			
11.1.	Klachten en geschillen over de uitvoering van de SIZ Standaardverzekering	13			
11.2.	Klachten over formulieren van de maatschappij	13			
Artikel 12.	Verzekerde prestaties	13			

I. TREFWOORDENREGISTER

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
A			Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/ Mensendieck		
Algemene bepalingen	2	7		25	18
Ambulancevervoer	36	23	G		
Apotheekhoudend huisarts	1	5	Gebitsprothese	30	20
Apotheker	1	5	Gebitsregulatie	29.2	20
Arts	1	5	Gehoorarapparaat	33	22
Audiologisch centrum	1, 19	5, 16	Gehoorfunctie, onderzoek	19	16
Audiologische zorg	19	16	Geneeskundige geestelijke gezondheids- zorg	22 t/m 24	17, 18
Auto, vervoer met eigen	37	21	Geneeskundige zorg	13 t/m 21	14 t/m 16
AWBZ, AWBZ-instelling	1	5	Geneesmiddelen	1, 31	6, 21
B			Geneesmiddelen vergoedingssysteem	31	21
Bedrijfsarts	1	5	Geschillen, klachten en geschillen	11	13
Begripsomschrijvingen	1	5	Gezondheidszorgpsycholoog	1, 22, 24	6, 17, 18
Bekkenfysiotherapeut	1	5	GGZ, GGZ-instelling	1, 22 t/m 24	6, 17, 18
Bemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	38	24	GGZ, niet-specialistische	1, 22, 24	6, 17, 18
Besluit zorgverzekering	1	5	GGZ, specialistische	1, 23, 24	6, 17, 18
Bevalling	14, 15	14	H		
Bijzondere tandheelkunde	29.2	20	Haemodialyse, niet-klinische	15	14
Buitenland	9	12	Huidtherapeut	1, 25	6, 18
Bureau Jeugdzorg	1, 22 t/m 24	5, 17, 18	Huisarts, huisartsenzorg	1, 13	6, 14
C			Hulpmiddelen, hulpmiddelenzorg	1, 33	6, 22
Centrum voor bijzondere tandheelkunde	1	5	I		
Centrum voor erfelijkheidsadvies	1	5	ICSI	18	15
Cesar/Mensendieck, oefentherapie	25	18	Implantaten	29	19
Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 22 jaar en ouder	29.3	20	Ingang, duur en beëindiging van de SIZ		
Chronisch intermitterende beademing	15	14	Standaardverzekering	6	10
Circumcisie	15	14	Instelling	1	6
Collectieve overeenkomst van ziektekosten- verzekering	1	5	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteits- bevorderende behandelingen	18	15
Coöperatie	1	5	J		
Counseling	14	14	Jeugdpsycholoog	1, 22, 24	6, 17, 18
D			K		
Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)	1	5	Kaakchirurg, kaakchirurgie	1, 29.3	6, 20
Dieetadvisering	28	19	Kinderfysiotherapie, -therapeut	1, 25.1	6, 18
Dieetpreparaten	32	22	Kinderpsycholoog	1, 22, 24	6, 17, 18
Diëtist	1	5	Klachten en geschillen	11	13
DNA-onderzoek	17	15	Klinisch psycholoog	1, 22 t/m 24	6, 17, 18
Donor	21	16	Kraamcentrum	1	6
E			Kraamverzorgende	1	6
Eerstelijnspsychologische zorg, eerstelijns- psycholoog	1, 22, 24	5, 17, 18	Kraamzorg	35	22
Eigen risico, verplicht en vrijwillig	1, 7, 8	5, 11	Kraamzorghotel	1	6
Erfelijkheidsadvies, centrum voor	1, 17	5, 15	L		
Erfelijkheidsonderzoek	17	15	Logopedie, logopedist	1, 26	6, 19
Ergotherapeut, ergotherapie	1, 27	5, 19	M		
Europese Unie en EER-lidstaat	1	5	Maatschappij	1	6
F			Machtiging	1, 12.6	6, 13
Farmaceutische zorg, geneesmiddelen en dieetpreparaten	31, 32	21, 22	Manueel therapeut	1	6
Fertiliteitsbevorderende behandelingen en in-vitrofertilisatie (IVF)	18	15	Manuele therapie	25	18
Fraude	1, 2.5	5, 8	Medicijnen	31	21
Fysiotherapeut	1	6	Medisch specialist	1	6
			Medisch specialistische zorg	15	14
			Mensendieck, oefentherapie	25	18

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
Mondhygiënist	1, 29.1	6, 19	Taxivervangend eigen vervoer	37	23
Mondzorg	29, 30	19, 20	Taxivervoer	37	23
N			Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	9.4	12
NZa, Nederlandse Zorgautoriteit	1	6	Transmurale DBC	1	7
O			Transplantatie van weefsels en organen	21	16
Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	1, 25	6, 18	Trombosedienst	15	14
Oefentherapeut Cesar/Mensendieck	1	6	U		
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	25	18	Uitsluitingen	10	12
Openbaar vervoer	37	23	V		
Opname in een ziekenhuis	14, 15, 29.3, 34	14, 20, 22	Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	9	12
Orgaantransplantatie	21	16	Verblijf, verblijf in een instelling	1, 34	7, 22
Orthodontische zorg	29.2	20	Verdragsland	1	7
Orthodontist	1	7	Verloskamer	14	14
Orthopedagoog-Generalist	1, 22, 24	7, 17, 18	Verloskundige	1	7
Overige verplichtingen	4	9	Verloskundige zorg	14	14
P			Verpleegkundige	1	7
Paramedische zorg	25 t/m 28	18, 19	Verplichtingen, overige	4	9
Persoonsgebonden budget (PGB) GGZ	24	18	Vervoer, medisch noodzakelijk	36, 37	23
Plastische en/of reconstructieve chirurgie	20	16	Verwijzing en/of machtigingsvereiste	12.6	13
Premie	3	9	Verwijzing en/of machtigingsvereiste, buitenland	9.5	12
Premie(grondslag) en voorwaarden	5	10	Verzekerde	1	7
Prenatale screening	14	14	Verzekerde prestaties	12	13
Prothetische voorzieningen	29.1, 30	19, 20	Verzekeringnemer	1	7
Psychiater/zenuwarts	1, 23, 24	7, 17, 18	Verzekeringplichtige	1	7
Psychotherapeut	1, 23, 24	7, 17, 18	Verzekeringsvoorwaarden SIZ Standaardverzekering, verzekeringsvoorwaarden	1	7
R			Voorkeursleverancier	1	7
Regeling zorgverzekering	1	7	W		
Reglement farmaceutische zorg SIZ 2008	31	21	Wachtlijstbemiddeling, Zorg- en wachtlijstbemiddeling	38	24
Reglement hulpmiddelen SIZ 2008	33	22	Wet BIG	1	7
Reglement persoonsgebonden budget GGZ SIZ	24	18	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	5	10
Revalidatie	16	15	Wmg-tarieven	1	7
Revalidatie-instelling	1	7	Z		
S			Zelfstandig behandelcentrum	1	7
Second opinion door een medisch specialist	15	14	Ziekenhuis	1	7
SIZ Standaardverzekering	1	7	Ziekenhuisopname	14, 15, 29.3, 34	14, 20, 22
Specialist, medisch, medisch specialistische zorg	1, 15	6, 14	Ziekenvervoer, ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	36, 37	23
Specialistische GGZ	1, 23, 24	6, 17, 18	Zorg, zorg of overige diensten	1	7
Sterilisatie	15	14	Zorgbemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	38	24
Structurele Echoscopische Onderzoek (SEO)	14	14	Zorghotel	1	7
T			Zorg in een (andere) lidstaat van de Europese Unie of EER-lidstaat	9	12
Tandarts	1	7	Zorgpolis	1	7
Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar	29.1	19	Zorgverzekering	1	7
Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen	29.2	20	Zvw, Zorgverzekeringwet	1	7
Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, centrum voor	1	5			
Tandprotheticus	1, 29.1, 30	7, 19, 20			

II. ALGEMEEN GEDEELTE

Artikel 1. Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden van de SIZ Standaardverzekering wordt verstaan onder:

- Ambulancevervoer:** het vervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer van zieken en gewonden per ambulance.
- Apotheekhoudend huisarts:** een huisarts aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.
- Apotheker:** degene die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid, van de Geneesmiddelenwet.
- Arts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- Audiologisch centrum:** een instelling die als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI).
- AWBZ:** de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- AWBZ-instelling:** een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.
- Bedrijfsarts:** een arts die als bedrijfsarts geregistreerd staat in het Register van erkende Sociaal-Geneeskundigen dat wordt bijgehouden door de Sociaal-Geneeskundige Registratie Commissie (SGRC) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbo-dienst, en met wie of waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.
- Bekkenfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- Besluit zorgverzekering:** Besluit van 28 juni 2005 houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zvw.
- Bureau Jeugdzorg:** een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.
- Centrum voor bijzondere tandheelkunde:** een universitair of een door de maatschappij daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
- Centrum voor erfelijkheidsadvies:** een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
- Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering:** een overeenkomst gesloten tussen de maatschappij en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een SIZ Standaardverzekering en eventuele SIZ Aanvullende Verzekering te sluiten.
- Coöperatie:** de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A.
- Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.
- Diëtist:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen-therapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel diëtist.
- Eerstelijnspsycholoog:** een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- Eigen risico:**
 - verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zvw, dat voor rekening van de verzekerde blijft;
 - vrijwillig eigen risico: een door de verzekeringnemer met de maatschappij als onderdeel van de SIZ Standaardverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zvw, dat de verzekerde voor zijn rekening zal nemen.
- Ergotherapeut:** degene die op grond van artikel 6 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen-therapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel ergotherapeut.
- Europese Unie en EER-lidstaat:** hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- Fraude:** het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de

- totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.
23. **Fysiotherapeut:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.
 24. **Geneesmiddelen:** de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.
 25. **Gezondheidszorgpsycholoog:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
 26. **GGZ:** Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg.
 27. **GGZ-instellingen:** instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).
 28. **Huidtherapeut:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel huidtherapeut.
 29. **Huisarts:** een arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
 30. **Hulpmiddelen:** de op grond van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.
 31. **Instelling:**
 1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
 2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.
 32. **Jeugdarts in de Jeugdgezondheidszorg:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register van de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
 33. **Jeugdpsycholoog:** degene die als jeugdpsycholoog is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
 34. **Kaakchirurg:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
 35. **Kinderfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonder-
 - de Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
 36. **Kinderpsycholoog:** degene die als kinderpsycholoog is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
 37. **Klinisch psycholoog:** een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.
 38. **Kraamcentrum:** een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels, alsmede de door de maatschappij als zodanig erkende instelling.
 39. **Kraamverzorgende:** een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
 40. **Kraamzorghotel:** een organisatie voor het leveren van kraamzorg ter vervanging van kraamzorg in de thuissituatie.
 41. **Logopedist:** degene die op grond van artikel 10 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel logopedist.
 42. **Maatschappij:** VGZ Zorgverzekeraar NV, gevestigd in Nijmegen, die deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert. VGZ Zorgverzekeraar NV is een onderdeel van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A.
 43. **Machtiging:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de maatschappij wordt verstrekt voor de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
 44. **Manueel therapeut:** een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
 45. **Medisch specialist:** een arts die als medisch specialist is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
 46. **Mondhygiënist:** degene die op grond van artikel 14 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel mondhygiënist.
 47. **NZa:** Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.
 48. **Oedeemtherapeut:** een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
 49. **Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck:** degene die op grond van artikel 18 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel oefentherapeut.
 50. **Orthodontist:** een tandarts-specialist die is ingeschreven

in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

51. **Orthopedagoog-Generalist:** degene die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
52. **Psychiater/zenuwarts:** een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het Specialistenregister, ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
53. **Psychotherapeut:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
54. **Regeling zorgverzekering:** Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer ZVV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zvw.
55. **Revalidatie-instelling:** een als zodanig toegelaten instelling.
56. **SIZ:** de Stichting IZA Ziektekostenverzekeringen.
57. **SIZ Standaardverzekering:** een tussen de maatschappij en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.
58. **Tandarts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
59. **Tandprotheticus:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.
60. **Transmurale DBC:** het op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties onder regie van een huisarts of een ander orgaan voor gezondheidszorg, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de huisarts of een ander orgaan voor gezondheidszorg consulteert en voor welk geheel van prestaties, verleend door de onderscheiden zorgaanbieders, één tarief geldt. Deze DBC geldt voor specifieke patiëntengroepen, waarvoor in een aantal regio's in Nederland specifieke zorg- en prijsafspraken zijn gemaakt.
61. **Verblijf:** verblijf met een duur van 24 uur of langer.
62. **Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
63. **Verloskundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
64. **Verpleegkundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
65. **Verzekerde:** degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zvw, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door de maatschappij, is vermeld.
66. **Verzekeringnemer:** degene die met de maatschappij een zorgverzekering heeft gesloten.
67. **Verzekeringsplichtige:** degene die op grond van de Zvw verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.
68. **Verzekeringsvoorwaarden SIZ Standaardverzekering / verzekeringsvoorwaarden:** de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 11 van de Zvw van de maatschappij, variant Restitutie.
69. **Voorkeursleverancier:** een leverancier waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.
70. **Wet BIG:** de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
71. **Wmg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
72. **Zelfstandig behandelcentrum:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.
73. **Ziekenhuis:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.
74. **Zorg:** zorg of overige diensten.
75. **Zorghotel:** een hotel dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen deze stelt aan een instelling.
76. **Zorgpolis:** de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en de maatschappij gesloten zorgverzekering is vastgelegd.
77. **Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet regelde niet te boven gaan.
78. **Zvw:** de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag

De SIZ Standaardverzekering is gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere schriftelijke wijze aan de maatschappij zijn verstrekt. De maatschappij verstrekt de verzekeringnemer en, als deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de SIZ Standaardverzekering, en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar, een zorgpolis. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. *Werkgebied*

De SIZ Standaardverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

2.3. *Medische noodzaak*

Aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts als en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

2.4. *Ontlenen recht*

Aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg bestaat uitsluitend als en zolang aan de SIZ Standaardverzekering rechten kunnen worden ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend. Als er sprake is van een Diagnose Behandeling Combinatie worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

2.5. *Fraude*

Als de maatschappij fraude constateert heeft dit tot gevolg dat elke uit deze verzekering voortvloeiende aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vervalst, waaronder ook aanspraken waarbij geen fraude is geconstateerd. Geconstateerde fraude kan ook tot gevolg hebben dat de maatschappij:

- aangifte doet bij de politie;
- de verzekering(en) beëindigt en gedurende een periode van 5 jaar weigert nieuwe verzekeringsovereenkomsten te sluiten. Dit geldt ook voor bij de maatschappij lopende aanvullende verzekeringen;
- registratie doet in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- al uitgekeerde vergoedingen terugvordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde;
- (onderzoeks)kosten vordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde, waarbij de onderzoekskosten worden berekend overeenkomstig de berekeningswijze zoals neergelegd in het Besluit vaststelling onderzoekskosten SIZ. Dit besluit wordt op verzoek kosteloos toegezonden.

2.6. *Aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen*

2.6.1. Als de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar door dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op vergoeding van de kosten van prestaties tot een door het NHT te bepalen, voor alle verze-

keringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

De exacte definities en bepalingen voor de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT. Dit clausuleblad maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl.

2.6.2. Als na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in lid 2.6.1, recht op vergoeding van de kosten van prestaties van een bij Regeling zorgverzekering, bedoeld in artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering, te bepalen omvang.

2.7. *Verwerken persoonsgegevens*

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden verwerkt voor de uitvoering van de verzekering, de hiermee verbandhoudende serviceverlening en voor informatieverstrekking op grond van wettelijke verplichtingen.

2.8. *Kennisgevingen*

Kennisgevingen gericht aan het laatst bij de maatschappij bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer of de verzekerde te hebben bereikt.

2.9. *Lidmaatschap van de Coöperatie*

Door het afsluiten van deze verzekering wordt de verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A., tenzij hij schriftelijk heeft aangegeven daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. Het lidmaatschap kan op elk gewenst moment door de verzekeringnemer worden beëindigd door opzegging, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap wordt geacht te zijn opgezegd op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.10. *Bedenkperiode*

De verzekeringnemer kan bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen 14 dagen na aangaan van de verzekering zonder opgaaf van redenen schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.11. *Voorrangsbepaling*

Voorzover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw bepaalde van invloed is of moet zijn op de SIZ Standaardverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ingeval van strijdigheid van het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw voor.

2.12. *Interpretatie*

De Zvw en het Besluit zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis, bepalend.

2.13. *Nederlands recht*

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag

De premiegrondslag, alsmede de premiekortingen behorend bij deze verzekeringsvoorwaarden, zijn opgenomen in de jaarlijks aan te passen premiebijlage, die onderdeel uitmaakt van deze verzekeringsvoorwaarden.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

3.2.1. Als er sprake is van deelname aan een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering verleent de maatschappij een korting op de premiegrondslag waarbij rekening wordt gehouden met de bepalingen op grond van de Zvw.

3.2.2. De premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering zijn van toepassing vanaf de dag waarop deze overeenkomst van toepassing wordt op de verzekerde, tot de dag waarop de verzekerde niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan deze collectieve overeenkomst.

3.2.3. De verzekeringnemer en/of verzekerde kan maar aan één collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Geen premie is verschuldigd voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

3.4. Betaling van premie

De verzekeringnemer is verplicht de premie, alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen op de bij de aanmelding overeengekomen wijze bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de maatschappij gerechtigd de premie met ingang van de eerste dag van de daarop volgende maand te (her)berekenen of te restitueren.

3.5. Vordering

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen bedragen te verrekenen met een van de maatschappij te ontvangen bedrag.

3.6. Overlijden

Ingeval van overlijden van de verzekerde, wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag na de dag waarop de verzekerde is overleden.

3.7. Niet tijdig betalen

3.7.1. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kan de maatschappij de dekking schorsen en/of de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van ten minste 14 dagen. De verzekering wordt niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.7.2. Ingeval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op vergoeding van de kosten van verzekerde prestaties vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgende op de dag waarop het gehele verschuldigde bedrag en eventuele kosten als bedoeld in lid 3.7.3 door de maatschappij zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd.

3.7.3. Als na aanmaning niet binnen de gestelde termijn wordt betaald kan de maatschappij administratiekosten, invorderingskosten (zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk) en wettelijke rente aan de verzekeringnemer in rekening brengen.

3.7.4. Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk gedaan.

3.7.5. De maatschappij kan achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 3.7.3 verrekenen met schadekosten die de verzekerde bij haar heeft gedeclareerd dan wel met andere van de maatschappij te ontvangen bedragen.

3.7.6. Als de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd kan de maatschappij gedurende een periode van 5 jaar weigeren een nieuwe verzekeringsovereenkomst met de verzekeringnemer te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

4.1. Verplichting

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- de behandelend huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg te vragen de reden van opname desgevraagd bekend te maken aan de medisch adviseur van de maatschappij;
- aan de maatschappij, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, die nodig is voor de uitvoering van de SIZ Standaardverzekering;
- de maatschappij te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt de maatschappij in dat verband de benodigde inlichtingen. In dit verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de maatschappij. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor de maatschappij in haar belangen kan worden geschaad;
- de maatschappij onverwijld op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging bank- of gironummer;
- ingeval van vergoeding van de kosten van zorg, de originele nota's binnen één jaar na dagtekening bij de maatschappij in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgaanbieder;
- een op grond van deze verzekeringsvoorwaarden vereiste verwijzing over te (laten) leggen, als de maatschappij hierom vraagt.

4.2. Belangen

Wanneer de belangen van de maatschappij worden geschaad door het niet nakomen van de in lid 4.1 genoemde verplichtingen kan de maatschappij de prestaties, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

De maatschappij heeft het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de bij haar lopende zorgverzekeringen te wijzigen. De maatschappij doet van de voorgenomen wijziging mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere SIZ Standaardverzekering op een door de maatschappij vast te stellen datum. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als de maatschappij de voorwaarden en/of de premiegrondslag van de SIZ Standaardverzekering ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft de verzekeringnemer echter niet, als een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zvw gestelde regels (zie artikel 6.3).

Artikel 6. Ingang, duur en beëindiging van de SIZ Standaardverzekering

6.1. Ingang en duur

- 6.1.1. De SIZ Standaardverzekering gaat in op de dag waarop de maatschappij het verzoek hiertoe van of voor de verzekeringsplichtige heeft ontvangen.
- 6.1.2. Als de maatschappij op basis van het in lid 6.1.1 bedoelde verzoek niet vast kan stellen of zij verplicht is voor de te verzekerende persoon een zorgverzekering te sluiten, en zij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de SIZ Standaardverzekering, in afwijking van lid 6.1.1, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
- 6.1.3. De maatschappij verstrekt degene die het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, doet en, als dit een ander is dan degene voor wiens verzekering het verzoek is gedaan, laatstbedoelde persoon onverwijld:
 - een bewijs van het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, waarop de datum van ontvangst is vermeld;
 - een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in lid 6.1.2, waarop de datum van de ontvangst is vermeld.
- 6.1.4. Als degene voor wie de SIZ Standaardverzekering wordt gesloten op de dag waarop de maatschappij het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de SIZ Standaardverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 6.1.1 of 6.1.2, gaat de verzekering op die latere dag in.
- 6.1.5. Als de SIZ Standaardverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- 6.1.6. Als de SIZ Standaardverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden en/of premiegrondslag is geëindigd door opzeg-

ging, dan werkt deze terug tot aan de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

6.2. Einde van rechtswege

De SIZ Standaardverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- 6.2.1. de maatschappij door wijziging of intrekking van haar vergoeding tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden;
- 6.2.2. de verzekerde overlijdt;
- 6.2.3. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

De maatschappij stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een SIZ Standaardverzekering op grond van het onder 6.2.1 gestelde eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

De verzekeringnemer stelt de maatschappij onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het onder lid 6.2.2 en 6.2.3 gestelde, tot het einde van de SIZ Standaardverzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als de maatschappij op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de SIZ Standaardverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt zij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mee.

6.3. Opzegging door de verzekeringnemer

- 6.3.1. De verzekeringnemer kan de SIZ Standaardverzekering opzeggen:
 - uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
 - van een ander die hij heeft verzekerd, als deze verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd of met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, als die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de maatschappij is ontvangen;
 - in de situaties vermeld in artikel 5.2;
 - als gevolg van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, als de reden van opzegging een overstap betreft van de collectieve verzekeringsovereenkomst van de oude werkgever naar de collectieve verzekeringsovereenkomst van de nieuwe werkgever. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de maand is, en zo niet, op de eerste dag van de maand volgend op de datum van indiensttreding;
- 6.3.2. De opzeggingsmogelijkheden zoals opgenomen in lid 6.3.1 gelden niet nadat de maatschappij de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan. Deze uitzondering geldt niet als de maatschappij:
 - de dekking van de SIZ Standaardverzekering heeft geschorst (zie artikel 3.7), of;
 - binnen twee weken aan de verzekeringnemer te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

6.4. *Opzegging door de maatschappij*

De maatschappij kan de SIZ Standaardverzekering opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie zoals vermeld in artikel 3.7;
- bij het opzettelijk niet, niet volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of stukken aan de maatschappij die tot na-deel voor de maatschappij (kunnen) leiden;
- als de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet de maatschappij te misleiden of als de maatschappij geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. De maatschappij kan de SIZ Standaardverzekering in dat geval opzeggen, binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang. De maatschappij is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of zij kan de uitkering verminderen. De maatschappij kan de op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. *Gezondheidsrisico*

De maatschappij kan de SIZ Standaardverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voorzover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde.

6.6. *Wijze van opzeggen*

Zowel de verzekeringnemer als de maatschappij kan de SIZ Standaardverzekering slechts schriftelijk opzeggen.

6.7. *Bewijs van einde*

Als de SIZ Standaardverzekering eindigt, verstrekt de maatschappij de verzekeringnemer en, als deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van de SIZ Standaardverzekering, waarop wordt aange-tekend:

- naam, adres, woonplaats en sociaal-fiscaalnummer/ burgerservicenummer van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop de SIZ Standaardverzekering eindigt;
- of voor verzekerde op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag;
- de reden, als deze is dat de verzekeringsplicht eindigt.

Artikel 7. **Verplicht eigen risico**

7.1. Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 150,- per kalenderjaar. Voor een verzekerde die in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplichte eigen risico vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. De kosten van huisartsenzorg, zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed, hulpmiddelen in bruikleen, eigen bijdragen of eigen betalingen op grond van de zorgverzekering vallen niet onder het verplicht eigen risico. Ook de tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 22 jaar zoals beschreven in artikel 29.1 met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen, valt buiten het verplicht eigen risico.

De vrijstelling van huisartsenzorg en verloskundige zorg geldt alleen voor de behandelingen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist. Deze vrijstelling geldt niet voor de zorg die wordt voorgeschreven, zoals geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek.

7.3. Het bedrag van het verplicht eigen risico, genoemd in lid 7.1, wordt jaarlijks geïndexeerd volgens het bepaalde in de Zvw.

7.4. Als de SIZ Standaardverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de SIZ Standaardverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. Dit berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

7.5. Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

De kosten van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

Artikel 8. **Vrijwillig eigen risico**

8.1. Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico, worden de kosten van zorg in mindering gebracht op het voor de verzekerde in een bepaald kalenderjaar geldend vrijwillig eigen risico voorzover deze kosten van zorg het bedrag van het verplicht eigen risico, als bedoeld in artikel 7, hebben overschreden.

Het vrijwillig eigen risico is niet van toepassing op de kosten van zorg die ook uitgesloten zijn van het verplicht eigen risico. Zie artikel 7.2.

8.2. Eigen bijdragen op grond van de SIZ Standaardverzekering worden niet in mindering gebracht op het vrijwillig eigen risicobedrag.

8.3. Een verzekeringsplichtige van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de volgende varianten van de SIZ Standaardverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar.

Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico, verleent de maatschappij voor de varianten van de SIZ Standaardverzekering met een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar een korting op de grondslag van de premie. De hoogte van deze korting is opgenomen in de premiebijlage, als genoemd in artikel 3.1, Premiegrondslag.

8.4.1. Als de SIZ Standaardverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar geldende bedrag van het vrijwillig eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de SIZ Stan-

daardverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

- 8.4.2. In afwijking van lid 8.4.1 wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het vrijwillig eigen risico als dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een zorgverzekering met een zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:
- ieder bedrag aan eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;
 - het op grond van onderdeel b berekende bedrag wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- 8.4.3. Het op grond van lid 8.4.1 of 8.4.2 berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.
- 8.5. De verzekerde heeft jaarlijks, per 1 januari, het recht het vrijwillig eigen risicobedrag te wijzigen, op voorwaarde dat de wens daartoe uiterlijk 31 december daaraan voorafgaand schriftelijk aan de maatschappij wordt doorgegeven.
- 8.6. Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag is dezelfde bepaling van toepassing als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

9.1. *Verzekerde woonachtig in Nederland*

De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de maatschappij is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

9.2. *Verzekerde woonachtig in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland*

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

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de maatschappij is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Dit artikel is ook van toepassing bij tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland.

9.3. *Verzekerde woonachtig in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is*

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

- vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de maatschappij is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Dit artikel is ook van toepassing bij tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland.

9.4. *Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland*

In alle gevallen geldt dat bij het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde voorafgaande toestemming van de maatschappij nodig heeft. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg gepaard gaande met verblijf van ten minste één nacht. Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

Voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de SIZ Alarmcentrale, telefoonnummer: 050-526 79 99 (+31 (0)50 526 79 99). SIZ adviseert de verzekerde om de SIZ Alarmcentrale in te schakelen bij met name medisch noodzakelijke zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

9.5. *Verwijzing en/of machtigingsvereiste*

Als bij bepaalde vormen van zorg, naast de voorafgaande toestemming voor het invoeren van zorg zoals aangegeven in artikel 9.4, nog specifiek een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 12.6).

Artikel 10. Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op:

- 10.1. vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden als en voorzover de verzekerde niet op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, en/of hierbij geen rekening wordt gehouden met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid;
- 10.2. vergoeding van de kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg;
- 10.3. vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de maatschappij door derden in reke-

ning worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;

- 10.4. vergoeding van kosten die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 10.5. vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van de maatschappij;
- 10.6. vergoeding van de kosten van zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

Artikel 11. Klachten en geschillen

11.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van de SIZ Standaardverzekering

11.1.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van de SIZ Standaardverzekering kunnen aan de maatschappij worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 541, 2600 AM Delft. Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website www.siz.nl.

De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

11.1.2. Er is sprake van een geschil als er een verschil van inzicht is naar aanleiding van een door de maatschappij genomen, en na heroverweging gehandhaafd besluit over de uitvoering van de SIZ Standaardverzekering, waardoor de verzekeringnemer of verzekerde in zijn belang wordt getroffen. In alle overige gevallen is sprake van een klacht.

11.1.3. De maatschappij bepaalt haar definitieve standpunt of heroverweegt haar oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde is of als de maatschappij niet binnen een termijn van 30 dagen reageert, kan de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl.

Het is in dit geval ook mogelijk dat de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorlegt aan de daartoe bevoegde rechter.

11.2. Klachten over formulieren van de maatschappij

11.2.1. Klachten over door de maatschappij gehanteerde formulieren kunnen aan de maatschappij worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 541, 2600 AM Delft. Het is ook mogelijk een klachtenformulier te downloaden via www.siz.nl.

11.2.2. Klachten zoals genoemd onder lid 11.2.1 kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de maatschappij en de maatschappij haar definitieve standpunt daarover kenbaar heeft gemaakt of binnen een termijn van 30 dagen na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl.

Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de verzekeringnemer of verzekerde overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de verzekeringnemer, verzekerde, zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar tot bindend advies.

Op de website van de NZa, www.nza.nl, is aangegeven op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

Artikel 12. Verzekerde prestaties

12.1. De verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

12.2. De kosten worden vergoed als de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele, krachtens wet vastgestelde eigen bijdrage in mindering gebracht. Verder worden op de vergoeding ook in mindering gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.

12.3. Als de verzekerde gebruik maakt van zorg die door een door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die naar Nederlandse marktomstandigheden passend te achten zijn, zodat daarvoor geen bedragen in mindering gebracht behoeven te worden.

12.4. De maatschappij heeft het recht om de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde op grond van artikel 12.1, 12.2 en 12.3 ten aanzien van de maatschappij aanspraak kan maken, rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder, die de zorg heeft verleend. Hiermee vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.

12.5. Als de maatschappij rechtstreeks aan zorgaanbieders kosten van zorg betaalt, en deze kosten vallen onder een eigen risico of de kosten van zorg komen anderszins voor rekening van de verzekeringnemer op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, is de verzekerde de kosten verschuldigd aan de maatschappij. De maatschappij brengt deze kosten in rekening bij de verzekeringnemer, die zich verplicht tot betaling. Onverminderd de algemene verrekeningsbevoegdheid van de maatschappij kan deze de hiervoor genoemde kosten verrekenen met de aan de verzekeringnemer of verzekerde verschuldigde bedragen.

12.6. Als bij bepaalde vormen van zorg een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel.

Als de verzekerde gebruik maakt van een door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder en er is voor de betreffende zorgvorm een machtiging vereist, dan zal de betreffende zorgaanbieder namens de verzekerde zorgdragen voor de machtigingsaanvraag. Dit gebeurt volgens een protocol dat onderdeel is van de overeenkomst tussen de maatschappij en de betreffende zorgaanbieder.

Als de verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en er is voor de betreffende zorgvorm een machtiging vereist, dan dient de verzekerde zorg te dragen voor de machtigingsaanvraag.

Een verwijzing en/of machtiging is niet noodzakelijk als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg.

Geneeskundige zorg

Artikel 13. Huisartsenzorg

- Omschrijving: 1. vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering;
2. vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg die grenst aan het huisarts-geneeskundige domein, waarover de maatschappij en de huisarts afspraken hebben gemaakt.

Door: huisarts.

- Bijzonderheden: 1. de zorg omvat niet het vaccineren voor grieppreventie;
2. onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt wel verstaan:
- 2.1. zorg die wordt geleverd door derden die medisch bevoegd zijn, onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts zoals een doktersassistente, maatschappelijk werker, nurse practitioner of praktijkondersteuner;
- 2.2. een transmurale DBC.

Artikel 14. Verloskundige zorg

- Omschrijving: vergoeding van de kosten van verloskundige zorg zoals verloskundigen deze plegen te bieden, inclusief het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.

Deze zorg omvat ook:

- voor alle zwangere vrouwen de counseling. In de counseling wordt informatie gegeven over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, om zo weloverwogen een besluit te nemen om al of niet deze screening te ondergaan. Het gaat dan met name om het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) en om de combinatietest;
- voor alle zwangeren het structurele echoscopische onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap;
- voor alle zwangere vrouwen van 36 jaar en ouder de combinatietest (nekplooiemeting en serumtest);
- voor zwangere vrouwen jonger dan 36 jaar de combinatietest als er een medische indicatie bestaat.

Door: verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist. Het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) en de combinatietest mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder die een ver-

gunning heeft of een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat over een vergunning beschikt krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren.

In de meeste gevallen vindt de counseling plaats door de verloskundige, huisarts of medisch specialist die de verloskundige zorg biedt.

- Bijzonderheden: 1. in de Regeling zorgverzekering is bepaald dat:

- er een eigen bijdrage verschuldigd is voor kraamzorg na een thuisbevalling, thuis na een bevalling in het ziekenhuis of bij verblijf in een kraamzorghotel van € 3,70 per uur kraamzorg. Voor verblijf in een kraamzorghotel wordt voor de berekening van de eigen bijdrage ten hoogste 8 uur per dag gerekend;
- als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt, zonder dat dit medisch noodzakelijk is, er een eigen bijdrage verschuldigd is voor kraamzorg voor zowel de moeder als het kind van € 14,50 per dag. Dit bedrag wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 104,50 per dag te boven gaat.

De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;

2. de aanspraak op vergoeding van de kosten van kraamzorg is geregeld in artikel 35, Kraamzorg.

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

- Omschrijving: vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:
- zorg door een trombosedienst;
 - second opinion door een medisch specialist;
 - niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum;
 - chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
 - materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genes-, verband- of hulpmiddelen.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie;
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie;
- d. behandelingen gericht op circumcisie.

Door: medisch specialist.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden: 1. onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt ook verstaan verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg;

2. de voor de niet-klinische haemodialyse benodigde apparatuur valt onder hulpmiddelenzorg. De aanspraak op vergoeding van de kosten van hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 33, Hulpmiddelenzorg;

3. bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;

4. voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van:

4.1. medisch specialistische zorg die wordt verricht door een huisarts, zie artikel 13, Huisartsenzorg;

4.2. zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 23, Specialistische GGZ.

Artikel 16. Revalidatie

Omschrijving: vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg), omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voorzover:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Door: multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling, onder leiding van een medisch specialist.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 17. Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving: vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch

specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan de verzekerde zal het onderzoek ook omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Door: centrum voor erfelijkheidsadvies.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Artikel 18. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

18.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving: vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat ingeval van in-vitrofertilisatie (IVF) ten hoogste de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

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

Door: gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijzing door: gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden: 1. een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatie-behandeling worden gelijkgesteld aan een IVF-poging;

2. onder een gerealiseerde zwangerschap, wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dat is een zwangerschap van ten minste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie;

3. voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen die verband houden met de eerste, tweede en derde poging in-vitrofertilisatie (IVF), zie artikel 31, Geneesmiddelen.

18.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving: vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch

specialistische zorg) omvat bij overige ferti-
teitsbevorderende behandelingen: behande-
lingen in verband met operatieve ingrepen
en kunstmatige inseminatie.

Door: gynaecoloog of uroloog.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden: op grond van het Besluit zorgverzekering be-
staat geen aanspraak op (vergoeding van de
kosten van) geneesmiddelen die dienen ter
bevordering van de vruchtbaarheid.

Artikel 19. Audiologische zorg

Omschrijving: vergoeding van de kosten van geneeskundi-
ge zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch
specialistische zorg) omvat bij audiologische
zorg, zorg in verband met:
- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoor-
apparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de appa-
raatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in
verband met problemen met de gestoorde
gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij
spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Door: audiologisch centrum.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden: de aanspraak op vergoeding van de kosten
van gehoorapparatuur is geregeld in artikel
33, Hulpmiddelenzorg.

Artikel 20. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving: vergoeding van de kosten van geneeskundi-
ge zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch
specialistische zorg) omvat behandeling van
plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als
deze strekt tot correctie van:
1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard
gaan met aantoonbare lichamelijke func-
tiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een
ziekte, een ongeval of een geneeskundige
verrichting;
3. verlamde of verslapte bovenoogleden die
het gevolg zijn van een aangeboren afwij-
king of een bij de geboorte aanwezige
chronische aandoening;
4. aangeboren misvormingen in verband met
lip-, kaak- en gehemeltepletten, misvor-
mingen van het benig aangezicht, goed-
aardige woekeringen van bloedvaten,
lymfevaten of bindweefsel, geboortevlek-
ken en misvormingen van urineweg- en
geslachtsorganen;

5. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vast-
gestelde transseksualiteit;
6. abdominoplastieken als er sprake is van een
verminking die in ernst te vergelijken is met
een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooien of van een
zeer ernstige beperking van de bewegings-
vrijheid.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van
de kosten van:

- a. behandeling van verlamde of verslapte bo-
venooogleden als er geen sprake is van een
aangeboren afwijking of van een bij de ge-
boorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen van een borstpro-
these anders dan na status bij een gehele
of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen en plaatsen van
een borstprothese na de onder c bedoelde
behandeling.

Door: medisch specialist.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of
kaakchirurg.

Machtiging: ja, met toelichting van de behandelend me-
disch specialist.

Artikel 21. Transplantatie van weefsels en organen

Omschrijving: vergoeding van de kosten van geneeskundi-
ge zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch
specialistische zorg) in verband met trans-
plantatie van weefsels en organen, omvat
uitsluitend:
1. beenmergtransplantatie;
2. bottransplantatie;
3. hoornvliestransplantatie;
4. huidweefseltransplantatie;
5. niertransplantatie;
6. harttransplantatie;
7. levertransplantatie, gepaard gaande met
verwijdering van de eigen lever van de
ontvanger;
8. longtransplantatie;
9. hartlongtransplantatie;
10. nierpancreastransplantatie.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook
de vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in ver-
band met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband
met de operatieve verwijdering van het
transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de conservering, de verwij-
dering en het vervoer van het postmortale
transplantatiemateriaal, in verband met de
voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden gere-
gelde zorg aan de donor, gedurende ten

- hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voorzover die zorg verband houdt met die opnemings;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opnemings en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoed met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten.

Door: medisch specialist.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Artikel 22. Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ

- Omschrijving: vergoeding van de kosten van eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot ten hoogste acht zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.
- Door: gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog en klinisch psycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.
De zorg kan plaatsvinden in een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijevestigde praktijk.
- Eigen bijdrage: € 10,- per zitting volgens de Regeling zorgverzekering.
- Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

- Bijzonderheden:
- de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
 - voor de berekening van het aantal zittingen geldt het volgende:
 - een individueel eerstelijnspsychologisch consult wordt gerekend als een hele zitting;
 - een individueel kort eerstelijnspsychologische consult wordt gerekend als een halve zitting;
 - een telefonisch of e-mail consult wordt gerekend als een kwart zitting;
 - een consult relatietherapie telt als een hele zitting per partner;
 - een consult gezinstherapie éénouder telt als een hele zitting voor de ouder;
 - een dubbel consult gezinstherapie éénouder telt als twee zittingen voor de ouder;
 - een consult gezinstherapie tweeouder telt als een halve zitting per ouder;
 - een dubbelconsult gezinstherapie tweeouder telt als een hele zitting per ouder;
 - een consult groepstherapie van 4 tot en met 8 personen telt als een kwart zitting per deelnemer van de groep;
 - een consult groepstherapie van 9 tot en met 12 personen telt als een vijfde zitting per deelnemer van de groep;
 - de vergoeding van de kosten van psychologisch onderzoek, diagnostiek en behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen valt niet onder deze aanspraak, zie artikel 23, Specialistische GGZ.

Artikel 23. Specialistische GGZ

- Omschrijving: vergoeding van de kosten van zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.
- Door: psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.
De zorg kan plaatsvinden in een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijevestigde praktijk.
- Eigen bijdrage: volgens de Regeling zorgverzekering is de volgende eigen bijdrage vastgesteld:
 - voor individuele, groeps- of gezinspsychotherapie geldt een eigen bijdrage van € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de eigen bijdrage en het maximum gelden per gezin;
 - voor partnerrelatietherapie is een eigen bijdrage verschuldigd van € 7,80

per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 351,- per verzekerde per kalenderjaar;

3. de eigen bijdrage is niet verschuldigd, als de verzekerde een eigen bijdrage volgens artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is verschuldigd.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Bijzonderheden: de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl.

Artikel 24. Persoonsgebonden budget (PGB) GGZ

Omschrijving: voor de vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in artikel 22 en 23, die gericht is op herstel van een psychische aandoening kan desgevraagd aanspraak worden gemaakt op een persoonsgebonden budget, met inachtneming van de voorwaarden zoals opgenomen in het Reglement persoonsgebonden budget GGZ SIZ 2008. Dit persoonsgebonden budget GGZ komt in de plaats van de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg.

Er bestaat geen aanspraak op een persoonsgebonden budget GGZ als de betreffende zorg wordt verleend ten tijde van het verblijf als bedoeld in artikel 34, Verblijf.

Eigen bijdrage: afhankelijk van de aard van de zorg is een eigen bijdrage verschuldigd. De hoogte van de geldende eigen bijdragen is opgenomen in artikel 22 en 23.

Verwijzing door: afhankelijk van de aard van de zorg gelden dezelfde verwijzings-eisen zoals opgenomen in artikel 22 en 23.

Machtiging: ja, met toelichting van de behandelend huisarts, psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut waarin ten minste is aangegeven of verwijzing plaatsvindt voor eerstelijnspsychologische zorg of specialistische GGZ.

Bijzonderheden: 1. het Reglement persoonsgebonden budget GGZ SIZ 2008 is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
2. een verzekerde die op 31 december 2007 aanspraak had op een persoonsgebonden

budget op grond van de AWBZ, behoudt die aanspraak ten hoogste tot en met 31 december 2008. Dit geldt uitsluitend voor de duur van de indicatie, op grond waarvan het budget op grond van de AWBZ is toegekend;

3. als de zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten, dan is een aanvraag voor een PGB GGZ niet aan de orde. De verzekerde kan in dat geval gebruik maken van de vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in artikel 22 en 23.

Paramedische Zorg

Artikel 25. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

25.1. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving: vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden:

1. ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden;
2. ter behandeling van aandoeningen die niet vallen onder de in dit artikel opgenomen omschrijving, punt 1, tot ten hoogste 9 behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar. Bij ontoereikend resultaat kan deze zorg worden verlengd met ten hoogste 9 behandelingen.

Onder de in dit artikel genoemde zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

Door: (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, voor behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen.

Bijzonderheden: 1. bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
2. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

25.2. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving:	vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen. Onder de in dit artikel genoemde zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.
Door:	fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.
Verwijzing door:	huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
Machtiging:	ja.
Bijzonderheden:	1. bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl ; 2. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

Artikel 26. Logopedie

Omschrijving:	vergoeding van de kosten van zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
Door:	logopedist.
Verwijzing door:	huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.
Bijzonderheden:	met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met: - dyslexie; - taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid; - behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor musici; - spreken in het openbaar; - voordrachtskunst.

Artikel 27. Ergotherapie

Omschrijving:	vergoeding van de kosten van zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg ten doel heeft de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verze-
---------------	--

kerde te bevorderen of te herstellen, tot ten hoogste 10 behandelingen per kalenderjaar.

Door: ergotherapeut.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 28. Dieetadvisering

Omschrijving:	vergoeding van de kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot ten hoogste 4 behandelingen per kalenderjaar.
Door:	diëtist.
Verwijzing door:	huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Mondzorg

Artikel 29. Tandheelkundige zorg

29.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar

Omschrijving:	vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen: <ol style="list-style-type: none">1. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per kalenderjaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per kalenderjaar op die hulp is aangewezen;2. incidenteel tandheelkundig consult;3. het verwijderen van tandsteen;4. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per kalenderjaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per kalenderjaar op die hulp is aangewezen;5. sealing;6. parodontale hulp;7. anesthesie;8. endodontische hulp;9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;10. gnathologische hulp;11. uitneembare prothetische voorzieningen;12. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, of omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;13. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;14. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.
---------------	---

Door: tandarts of kaakchirurg. Als de aangegeven zorg behoort tot het deskundigheidsgebied van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een mondhygiënist of tandprotheticus.

Machtiging: nee, tenzij sprake is van zorg zoals opgenomen onder omschrijving, punt 12.

29.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving: vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als 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 die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
2. als 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 die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;
3. als 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 die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

De vergoeding van de kosten van zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1, omvat ook de vergoeding van de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Orthodontische hulp is slechts begrepen onder de zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1 tot en met 3, ingeval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Door: tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts of orthodontist met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring of kaakchirurg.

Eigen bijdrage: volgens de Regeling zorgverzekering is de volgende eigen bijdrage vastgesteld:
1. voor de zorg die omschreven is onder omschrijving, punt 1 en de zorg omschreven

onder omschrijving, punt 2 als die wordt verleend vanwege extreme angst voor mondzorg, betaalt de verzekerde van 22 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht voor zodanige prestaties als er geen aanspraak zou bestaan op dit artikel. De eigen bijdrage geldt alleen voor de zorg die bestaat uit preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen of uitneembare niet-volledige prothetische voorzieningen;

2. als de zorg die omschreven is onder eigen bijdrage, punt 1, een uitneembare volledige prothetische voorziening of een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten betreft, betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van € 90,- per kaak.

Verwijzing door: tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden: de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl.

29.3. Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Omschrijving: vergoeding van de kosten van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbijbehorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat.

Onder chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt begrepen de tandheelkundige hulp die wordt verleend door een tandarts met een registratie voor mondziekten en kaakchirurgie.

Door: kaakchirurg.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Artikel 30. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Omschrijving: vergoeding van de kosten van uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak.

Door: tandarts of kaakchirurg. Als dit behoort tot zijn deskundigheidsgebied, mag de prothetische voorziening ook worden geleverd door een tandprotheticus.

Eigen bijdrage:	25% van de kosten volgens de Regeling zorgverzekering.	Machtiging:	zoals bepaald in het Reglement farmaceutische zorg SIZ 2008.
Machtiging:	nee, tenzij: <ol style="list-style-type: none"> 1. de totale kosten van de prothetische voorziening, vervaardigd en geplaatst door: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. een tandarts of kaakchirurg, inclusief techniekkosten, meer dan € 600,- per boven- of onderprothese bedragen, dan wel € 1.000,- voor boven- en onderkaak gelijktijdig; 1.2. een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 450,- per boven- of onderprothese bedragen, dan wel € 850,- voor boven- en onderkaak gelijktijdig; 2. de volledige vervangingsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. 	Bijzonderheden:	1. de maatschappij heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van het door de maatschappij aangewezen geregistreerde geneesmiddel. De verzekerde heeft in dat geval slechts aanspraak op vergoeding van de kosten van het door de maatschappij aangewezen geneesmiddel, tenzij behandeling met het aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. In dat geval kan de verzekerde aanspraak maken op vergoeding van de kosten van een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel. De aanwijzing van deze geneesmiddelen door de maatschappij geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen als bedoeld in het Besluit zorgverzekering, artikel 2.8, lid 1, ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Deze aanwijzing vindt plaats volgens de bepalingen van het Reglement farmaceutische zorg SIZ 2008. Een overzicht van de door de maatschappij aangewezen geneesmiddelen is ook opgenomen in dit Reglement. Het Reglement farmaceutische zorg SIZ 2008 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl ;
Bijzonderheden:	1. de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl ;		2. bij de Regeling zorgverzekering worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Ook wordt voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen een vergoedingslimiet vastgesteld. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl ;
	2. de aanspraak op vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige prothetische voorziening of een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, als onderdeel van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, is opgenomen in artikel 29.2, Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen.		3. de verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, als de inkoopprijs hoger is dan de door de Minister vastgestelde vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voorzover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij Regeling zorgverzekering wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend;

Farmaceutische zorg

Artikel 31. Geneesmiddelen

Omschrijving:	vergoeding van de kosten van: <ol style="list-style-type: none"> a. de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voorzover deze zijn aangewezen door de maatschappij; b. andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8, eerste lid, onder b van het Besluit zorgverzekering. <p>Per voorschrift heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen voor een periode zoals vastgesteld in het Reglement farmaceutische zorg SIZ 2008.</p>		4. farmaceutische zorg omvat geen: <ol style="list-style-type: none"> 4.1. farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen; 4.2. geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen; 4.3. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet; 4.4. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nageenog gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel; 4.5. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.
Ter hand gesteld door:	apotheker of apotheekhoudend huisarts. De apotheekhoudend huisarts mag alleen geneesmiddelen ter hand stellen aan verzekerden die op zijn naam zijn ingeschreven bij de maatschappij op grond van de Geneesmiddelenwet.		
Voorschrift:	huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.		

Artikel 32. Dieetpreparaten

Omschrijving: vergoeding van de kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Aanspraak op vergoeding van de kosten van deze dieetpreparaten bestaat als er sprake is van:

- a. een ernstige slik-, passage-, of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, of;
- b. een dreigende ernstige ondervoeding door:
 - een chronische obstructief longlijden, of;
 - een cystische fibrose, of;
 - een ernstige congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

Ter hand gesteld door:

voorkeursleveranciers Sorgente in Houten (voor alle dieetvoeding) of Tefa Portanje B.V. in Woerden (voor sondevoeding), apotheker of apotheekhoudend huisarts. De apotheekhoudend huisarts mag alleen dieetpreparaten ter hand stellen aan verzekerden die op zijn naam zijn ingeschreven bij de maatschappij.

Telefoonnummer Sorgente: 030-634 62 62.
Telefoonnummer Tefa-Portanje B.V.: 0348-49 57 77.

Voorschrift: diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja.

Hulpmiddelenzorg

Artikel 33. Hulpmiddelenzorg

Omschrijving: vergoeding van de kosten van bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen SIZ 2008 zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Daarbij kan ook worden bepaald dat de verzekerde, in plaats van de vergoeding van de kosten, aanspraak heeft op de verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Voor de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak worden gemaakt op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden zoals opgenomen in het Reglement hulpmiddelen SIZ 2008.

Eigen bijdrage: voor de hulpmiddelen waarvoor een eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt volgens de genoemde Regeling zorgverzeke-

ring, is het bedrag opgenomen in het Reglement hulpmiddelen SIZ 2008.

Voorschrift: zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen SIZ 2008.

Machtiging: zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen SIZ 2008.

Bijzonderheden:

1. de kosten van normaal gebruik zijn voor rekening van de verzekerde, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
2. geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van herstel van schade aan het hulpmiddel als gevolg van toerekenbare onachtzaamheid of opzet van de verzekerde;
3. de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen SIZ 2008 maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl.

Verblijf in een instelling

Artikel 34. Verblijf

Omschrijving: vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen in een ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, revalidatie-instelling of zorghotel, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.

Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. De medische noodzaak wordt vastgesteld door de verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg.

Bijzonderheden: onderbrekingen van ten hoogste dertig dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

Kraamzorg

Artikel 35. Kraamzorg

Omschrijving: vergoeding van de kosten van verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Door: kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum, kraamzorghotel of ziekenhuis.

Eigen bijdrage: in de Regeling zorgverzekering is bepaald dat:
- er een eigen bijdrage verschuldigd is voor kraamzorg na een thuisbevalling, thuis na een bevalling in het ziekenhuis of bij verblijf in een kraamzorghotel van € 3,70 per uur kraamzorg. Voor verblijf in een kraamzorghotel wordt voor de berekening van de eigen bijdrage ten hoogste 8 uur per dag gerekend;
- als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt, zonder dat dit medisch noodzakelijk is, er een eigen bijdrage verschuldigd is voor kraamzorg voor zowel de moeder als het kind van € 14,50 per dag. Dit bedrag wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 104,50 per dag te boven gaat.

Bijzonderheden: 1. het kraamcentrum indiceert de noodzakelijke zorg en wijst op basis daarvan het aantal te realiseren zorguren toe, waarbij vergoeding wordt verleend over ten minste 24 uur tot ten hoogste 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen. Indicatiestelling vindt plaats aan de hand van het Landelijke Indicatieprotocol Kraamzorg. Dit protocol en de Regeling zorgverzekering maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
2. voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering gebracht;
3. als er bij combinatievormen van zorg door meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kosten in rekening worden gebracht, dan bestaat ook aanspraak op vergoeding van de kosten van deze dubbele dag volgens bovengenoemde regeling;
4. aanmelding voor kraamzorg bij SIZ via www.siz.nl of IZA Kraamzorg, telefoonnummer: 0900-899 85 00 dient uiterlijk vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum plaats te vinden.

Ziekenvervoer

Artikel 36. Ambulancevervoer

Omschrijving: vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:

- naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de SIZ Standaardverzekering komen;
- naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere

ziektelkostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;

- vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 2, naar:
 - een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
 - naar zijn woning of een andere woning, als hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, als hij van een van de personen of instelling komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1, 2 of 3.

Door: vergunninghoudende ambulancevervoerder.

Voorschrift: huisarts, verloskundige of medisch specialist. Voorschrift is niet noodzakelijk in spoedgevallen.

Bijzonderheden: als de maatschappij toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 37. Zittend ziekenvervoer

Omschrijving: vergoeding van de kosten van ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 36, Ambulancevervoer, of vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van de verzekerde over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

- naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de SIZ Standaardverzekering komen;
- naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
- vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 2, naar:
 - een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
 - naar zijn woning of een andere woning, als hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, als hij van een van de personen of instelling

komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1, 2 of 3.

Als het vervoer zoals aangegeven in dit artikel, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding € 0,25 per kilometer volgens de Regeling zorgverzekering.

Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van de volgende situaties:

- a. de verzekerde moet nierdialyses ondergaan;
- b. de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
- c. de verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde is zodanig beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
- e. de verzekerde is in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de maatschappij vervoer van twee begeleiders toestaan.

Door: taxivervoerder, als de aanspraak ziekenvervoer per taxi is.

Eigen bijdrage: ten hoogste € 86,- per kalenderjaar volgens de Regeling zorgverzekering.

Een bijdrage is niet verschuldigd:

- a. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de SIZ Standaardverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de SIZ Standaardverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
- b. voor vervoer van een instelling als bedoeld onder punt a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de SIZ Standaardverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
- c. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheekkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instel-

ling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.

Voorschrift: huisarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja.

- Bijzonderheden:
1. als de maatschappij toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet;
 2. in gevallen waarin ziekenvervoer per auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan de maatschappij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door de maatschappij aan te geven vervoermiddel;
 3. de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl.

Zorgbemiddeling

Artikel 38. Zorg- en wachtlijstbemiddeling

Omschrijving: aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de SIZ Standaardverzekering. Als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kan de verzekerde een beroep doen op de afdeling Zorgbemiddeling van de maatschappij. De verzekerde kan ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. De maatschappij bekijkt samen met de verzekerde welke mogelijkheden er zijn.