



Verzekeringsvoorwaarden

SIZ Standaardverzekering 2006

variant Natura

INHOUDSOPGAVE

I. Algemeen gedeelte	2	Mondzorg	14
Artikel 1. Begripsomschrijvingen	2	Artikel 26. Tandheekkundige zorg	14
Artikel 2. Algemene bepalingen	4	26.1. <i>Tandheekkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar</i>	14
Artikel 3. Premie	5	26.2. <i>Tandheekkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen</i>	15
Artikel 4. Overige verplichtingen	5	26.3. <i>Chirurgische tandheekkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder</i>	15
Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	5	Artikel 27. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	15
Artikel 6. Ingang, duur en beëindiging van de SIZ standaardverzekering	6	Farmaceutische zorg	15
Artikel 7. No-claim	7	Artikel 28. Geneesmiddelen	15
Artikel 8. Eigen risico	7	Artikel 29. Dieetpreparaten	16
Artikel 9. Buitenland	8	Hulpmiddelenzorg	16
9.1. <i>Wonen</i>	8	Artikel 30. Hulpmiddelenzorg	16
9.2. <i>Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf</i>	8	Verblijf in een instelling	16
9.3. <i>Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf</i>	9	Artikel 31. Verblijf	16
9.4. <i>Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland</i>	9	Kraamzorg	17
9.5. <i>Verwijzing en/of machtigingsvereiste</i>	9	Artikel 32. Kraamzorg	17
Artikel 10. Uitsluitingen	9	Ziekenvervoer	17
Artikel 11. Klachten en geschillen	9	Artikel 33. Ambulancevervoer	17
Artikel 12. Verzekerde prestaties	10	Artikel 34. Zittend ziekenvervoer	17
		Zorgbemiddeling	18
II. Dekkings- en prestatiewijze	11	Artikel 35. Zorg- en wachtlijstbemiddeling	18
Geneeskundige zorg	11	III. Trefwoordenregister	19
Artikel 13. Huisartsenzorg	11		
Artikel 14. Verloskundige zorg	11		
Artikel 15. Medisch specialistische zorg	11		
Artikel 16. Revalidatie	11		
Artikel 17. Erfelijkheidsonderzoek	11		
Artikel 18. In vitro fertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	12		
18.1. <i>In vitro fertilisatie (IVF)</i>	12		
18.2. <i>Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen</i>	12		
Artikel 19. Audiologische zorg	12		
Artikel 20. Plastische en/of reconstructieve chirurgie	12		
Artikel 21. Transplantatie van weefsels en organen	12		
Paramedische Zorg	13		
Artikel 22. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	13		
22.1. <i>Voor verzekerden jonger dan 18 jaar</i>	13		
22.2. <i>Voor verzekerden van 18 jaar en ouder</i>	14		
Artikel 23. Logopedie	14		
Artikel 24. Ergotherapie	14		
Artikel 25. Dieetadvisering	14		

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 die volgens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot het uitoefenen van de artsennijbereidkunst.
- Apotheker:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- Arts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- Audiologisch centrum:** een als zodanig toegelaten instelling.
- 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-Geneskundigen dat wordt bijgehouden door de Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbo-dienst, en met wie of waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.
- Bekkentherapeut:** een fysiotherapeut die als bekkentherapeut 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.
- Centrum voor bijzondere tandheelkunde:** een universitair of 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.
- Coöperatie:** de Coöperatie VGZ-IZA Groep ua.
- CTG/Zorgautoriteit i.o.:** het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting zoals omschreven in de Wet tarieven gezondheidszorg.
- Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** het op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert.
- 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.
- Eigen risico:** een door de verzekeringnemer met SIZ 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, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, 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.
- 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.
- Geneesmiddelen:** de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.
- Huidtherapeut:** degene met het diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie, de Hogeschool van Utrecht of de Hogeschool van Eindhoven.
- Huisarts:** een arts die als huisarts is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- Hulpmiddelen:** de op grond van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- Instelling:**
 - een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
 - een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, dan

wel zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

nummer ZVV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zvw.

26. **Kaakchirurg:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
27. **Kinderfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
28. **Kraamcentrum:** een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels, alsmede de door de maatschappij als zodanig erkende instelling.
29. **Kraamverzorgende:** een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
30. **Kraamzorghotel:** een organisatie voor het leveren van kraamzorg ter vervanging van kraamzorg in de thuissituatie.
31. **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.
32. **Maatschappij:** de VGZ Zorgverzekeraar NV, gevestigd in Nijmegen, die deze zorgverzekering uitvoert. De VGZ Zorgverzekeraar NV is een onderdeel van de Coöperatie VGZ-IZA Groep ua.
33. **Machtiging:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens SIZ wordt versprekt ten behoeve van de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
34. **Manueel therapeut:** een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
35. **Medisch specialist:** een arts die is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
36. **Oedeemtherapeut:** een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
37. **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.
38. **Orthodontist:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
39. **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.
40. **Revalidatie-instelling:** een als zodanig toegelaten instelling.
41. **SIZ:** de Stichting IZA Ziektekostenverzekeringen.
42. **SIZ Standaardverzekering:** een tussen SIZ en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.
43. **Tandarts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
44. **Tandprotheticus:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.
45. **Verblijf:** verblijf gedurende het etmaal.
46. **Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake 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.
47. **Verloskundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
48. **Verpleegkundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
49. **Verzeerde:** 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 SIZ, is vermeld.
50. **Verzekeringnemer:** degene die met SIZ een zorgverzekering heeft gesloten.
51. **Verzekeringsplichtige:** degene die op grond van de Zvw verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.
52. **Verzekeringsvoorwaarden SIZ Standaardverzekering / verzekeringsvoorwaarden:** de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 11 van de Zvw van Zorgverzekeraar VGZ, variant Natura.
53. **Voorkeursleverancier:** een leverancier waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.
54. **Wet BIG:** de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
55. **Wtg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld of goedgekeurd door het CTG/de Zorgautoriteit i.o., volgens de Wet tarieven gezondheidszorg.
56. **Zelfstandig behandelcentrum:** een in Nederland gelegen centrum voor medisch specialistische en kaakchirurgische

zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig volgens de Wet toelating zorginstellingen is toegelaten en waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten.

- 57. **Ziekenhuis:** een instelling, die als ziekenhuis volgens de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
- 58. **Zorg:** zorg of overige diensten.
- 59. **Zorghotel:** een hotel dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen deze stelt aan een zorghotel.
- 60. **Zorgpolis:** de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en de maatschappij gesloten zorgverzekering is vastgelegd.
- 61. **Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of volgens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 62. **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, indien 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 verzekeren 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 zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts indien 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 zorg of vergoeding van kosten van zorg bestaat uitsluitend indien en zolang aan de SIZ Standaardverzekering rechten kunnen ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Indien 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 zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend. Indien er sprake is van een

Diagnose Behandeling Combinatie worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

2.5. Aanspraak op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

2.5.1. Indien 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 ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaart verzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op prestaties tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

De exacte definities en bepalingen ten aanzien van 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.

2.5.2. Indien 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 2.5.1, recht op prestaties van een bij Regeling zorgverzekering, bedoeld in artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering, te bepalen omvang.

2.6. Verwerken persoonsgegevens

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

2.7. Kennisgevingen

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

2.8. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt de verzekeringnemer tevens lid van de Coöperatie VGZ-IZA Groep ua, 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.

2.9. Voorrangsbepaling

Voorzover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek dan wel 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.

2.10. 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.

2.11. 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. 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.

3.3. Betaling van premie

De verzekeringnemer is verplicht de premie, alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen giraal en bij vooruitbetaling te voldoen, per maand, kwartaal, half jaar of jaar. 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 c.q. te restitueren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de maand waarin deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

3.4. Vordering

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

3.5. Overlijden

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

3.6. Niet tijdig betalen

3.6.1. Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kan de maatschappij onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, de dekking schorsen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. Ingeval van schorsing geldt dat er geen aanspraak op prestaties, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bestaat vanaf de dag na aanmaning. Behoudens ingeval van beëindiging van de overeenkomst, ontstaat weer aanspraak op prestaties vanaf de dag volgend op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten als bedoeld in lid 3.6.5, door de maatschappij zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd.

3.6.2. Indien de verzekeringnemer na aanmaning als bedoeld in lid 3.6.1 niet binnen de gestelde termijn voldoet aan verplichting tot betaling van de premie, kan de maatschappij de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer

vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling. De zorgverzekering wordt niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.3. In afwijking van lid 3.6.1 kan de maatschappij, zonder dat de verzekeringnemer is aangemaand en de aanvangspremie niet binnen een termijn van 30 dagen na ontvangst van het betalingsverzoek is betaald, de dekking schorsen. In dat geval gaat de schorsing in op de dag dat de SIZ Standaardverzekering van kracht wordt. Indien de SIZ Standaardverzekering terugwerkt naar een dag, gelegen vóór het tijdstip waarop de verzekeringnemer het verzoek om een zorgverzekering te sluiten heeft gedaan, en niet binnen een termijn van 30 dagen na ontvangst van het betalingsverzoek is betaald, gaat de schorsing in op de dag waarop de SIZ Standaardverzekering van kracht wordt. Indien de dekking is opgeschort, kan de maatschappij de overeenkomst beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling. De SIZ Standaardverzekering wordt niet met terugwerkende kracht beëindigd.

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

3.6.5. Indien de maatschappij maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

Artikel 4. Overige verplichtingen

4.1. Verplichting

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- de behandelend huisarts, medisch specialist of tandarts-specialist te vragen de reden van opname desgevraagd bekend te maken aan de medisch adviseur van de maatschappij;
- aan de maatschappij, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, welke 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 zijn 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, indien de maatschappij hierom vraagt.

4.2. *Belangen*

Wanneer de belangen van SIZ worden geschaad door het niet nakomen van de in lid 4.1 genoemde verplichtingen kan SIZ 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 hem 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, doch treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de maand waarin deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

5.2. *Opzeggingsrecht*

Indien SIZ de voorwaarden 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, indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zvw gestelde regels. Indien de wijziging een verhoging van de premie(grondslag) betreft, kan de verzekeringnemer opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop de maatschappij hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging. Laatstbedoelde opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.

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

6.1. *Ingang en duur*

- 6.1.1. De zorgverzekering gaat in op de dag waarop de maatschappij het verzoek hiertoe van of ten behoeve van de verzekeringsplichtige heeft ontvangen.
- 6.1.2. Indien de maatschappij op basis van het in lid 6.1.1 bedoelde verzoek niet vast kan stellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en hij 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, indien dit een ander is dan degene ten behoeve van 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. Indien degene ten behoeve van 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. Indien de SIZ Standaardverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 7.17.1.1, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- 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 ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning 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 zorgverzekering op grond van het onder lid 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. Indien de maatschappij op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de SIZ Standaardverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij 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*

De verzekeringnemer kan de SIZ Standaardverzekering opzeggen:

- vóór 1 november 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 dan wel met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de maatschappij is ontvangen;
- in de situaties vermeld in artikel 5.2.

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 3.6;
- bij het opzettelijk niet, niet volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of bescheiden aan de maatschappij die tot nadeel voor de maatschappij (kunnen) leiden;

- indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet de maatschappij te misleiden of indien 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 hij 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*

Indien de SIZ Standaardverzekering eindigt, verstrekt de maatschappij de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van de SIZ Standaardverzekering, waarop wordt aangekend:

- 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, indien deze is dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

Artikel 7. No-claim

7.1. Indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan het in het Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag, heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op een bedrag, de no-claimteruggave, dat gelijk is aan het verschil tussen het bij Besluit zorgverzekering bepaalde bedrag en de eerder bedoelde waarde.

7.2. De kosten van huisartsenzorg, hulpmiddelen in bruikleen, kraamzorg en verloskundige zorg, en eigen bijdragen dan wel eigen betalingen op grond van de SIZ Standaardverzekering worden niet in mindering gebracht op de no-claimteruggave. De vrijstelling van huisartsenzorg geldt alleen voor de behandelingen door de huisarts. Deze vrijstelling geldt niet voor zorg die hij voorschrijft, zoals geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek en niet voor medisch specialistische zorg die door de huisarts wordt verleend.

7.3. Het in het Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag (referentiebedrag voor de berekening van de no-claimteruggave) wordt jaarlijks geïndexeerd volgens het bepaalde in de Zvw. Voor 2006 is het bij Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag vastgesteld op € 255,-.

7.4.1. Indien de SIZ Standaardverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar is ingegaan respectievelijk is geëindigd en de verzekeringnemer niet direct voorafgaande aan de ingangsdatum respectievelijk direct volgende op de datum waarop de verzekering eindigde een zorgverzekering met

de maatschappij had gesloten, dan wel indien de verzekerde gedurende het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt het in lid 7.3 bedoelde, bij Besluit zorgverzekering te bepalen bedrag vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de SIZ Standaardverzekering liep, dan wel, indien de verzekerde achttien jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer aan het aantal dagen in dat kalenderjaar.

7.4.2. Indien lid 7.4.1 van toepassing is, wordt de no-claimteruggave berekend door van het ingevolge lid 7.4.1 bepaalde bedrag af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties, genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de SIZ Standaardverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop de verzekerde 18 jaar werd.

7.5. De verzekerde die jonger is dan 18 jaar heeft geen recht op een no-claimteruggave. Dit recht ontstaat op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

7.6. Voor de berekening van het recht op teruggave van no-claim worden de kosten van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

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.

7.7. De no-claimteruggave waarop verzekerden aanspraak hebben, wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft uitgekeerd door overmaking op het rekeningnummer van de verzekeringnemer. Als na de vaststelling van de no-claimteruggave blijkt dat zorg is gebruikt, waarmee bij de berekening van de no-claimteruggave geen rekening is gehouden, wordt de no-claimteruggave uiterlijk 31 maart van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, gecorrigeerd. De vordering die hierdoor ontstaat kan worden verrekend met betalingen aan de verzekeringnemer dan wel de betreffende verzekerde.

Artikel 8. Eigen risico

8.1. Ingeval sprake is van een eigen risico, worden de kosten van zorg slechts in mindering gebracht op het voor de verzekerde in een bepaald kalenderjaar geldend eigen risico voorzover deze kosten van zorg het bedrag aan no-claimteruggave, als bedoeld in artikel 7, hebben overschreden. Het eigen risico is niet van toepassing op de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent en hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt. Het consulttarief en het passantentarief dat een huisarts of een instelling die huisartsenzorg verleent in rekening brengt, vallen wél onder het eigen risico.

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

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

Afhankelijk van de hoogte van het gekozen eigen risico, verleent SIZ voor de varianten van de zorgverzekering met een 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.** Indien de SIZ Standaardverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar geldende bedrag van het 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.
- 8.4.2.** In afwijking van lid 8.4.1 wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het eigen risico indien 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 eigen risicobedrag te wijzigen, op voorwaarde dat de wens daartoe vóór 1 november daaraan voorafgaand schriftelijk aan de maatschappij wordt doorgegeven.
- 8.6.** 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 9. Buitenland

9.1. Wonen

9.1.1. Verzekerde woonachtig in Nederland

De verzekerde die in Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:

- 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, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.

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

De verzekerde die woonachtig is 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, indien voor de verzekerde van toepassing;
- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de maatschappij is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden in het woonland van de verzekerde van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.

9.1.3. 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:

- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de maatschappij is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden in het woonland van de verzekerde van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.

9.2. Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf

9.2.1. Spoedeisende zorg

Spoedeisende 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 IZA-Hulpdienst, telefoonnummer 050-4040888. SIZ adviseert de verzekerde om de IZA-Hulpdienst in te schakelen bij met name spoedeisende hulp waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

9.2.2. Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan het woonland van de verzekerde, in het geval de verzekerde woonachtig is in Nederland of een ander EU-/EER-land of verdragsland

De verzekerde die woonachtig is in Nederland of een ander EU-/EER-land of verdragsland, en die tijdelijk verblijft in ander EU-/EER-land of verdragsland dan het woonland van de verzekerde, heeft voor spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, indien voor de verzekerde van toepassing;

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

9.2.3. Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een EU-/EER-land of verdragsland, in het geval de verzekerde woonachtig is in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

De verzekerde die woonachtig is in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, en die tijdelijk verblijft in een EU-/EER-land of verdragsland, heeft voor spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:

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

9.2.4. Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, heeft voor spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als genoemd in artikel 9.2.3.

9.3. Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf

9.3.1. Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland

De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:

- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de maatschappij in dat land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden buiten het woonland van de verzekerde van een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.

9.4. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen geldt dat bij het invoeren van niet-spoedeisende zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde, voor het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaande met verblijf, voorafgaande toestemming van SIZ nodig heeft, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg.

9.5. Verwijzing en/of machtigingsvereiste

Indien 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 12.7).

Artikel 10. Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op:

- 10.1.** zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden indien 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.** zorg of vergoeding van 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 rekening 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) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, terrorisme en muiterij;
- 10.7.** (vergoeding van) zorg veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, ongeacht hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, op voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen (onder "kerninstallatie" wordt hierbij verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen). Het bepaalde in de vorige zin is niet van toepassing voorzover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is.

Artikel 11. Klachten en geschillen

- 11.1.** Klachten en geschillen over de uitvoering van de SIZ Standaardverzekering kunnen aan SIZ worden voorgelegd.
- 11.2.** Klachten kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van SIZ en SIZ zijn definitieve standpunt daarover kenbaar heeft gemaakt dan wel binnen een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.ombudsmanzorgverzekeringen.nl De ombudsman bemiddelt bij klachten, maar brengt geen bindend advies uit.

- 11.3.** Als naar het oordeel van SIZ een klacht dient te worden beschouwd als een geschil (dat wil zeggen een verzoek om heroverweging van een beslissing), wordt dit aan de indiener meegedeeld.
- 11.4.** Geschillen kunnen, nadat de verzekeringnemer of de verzekerde SIZ schriftelijk heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, te zeist.
- 11.5.** De Geschillencommissie Zorgverzekeringen vraagt verplicht advies aan het College voor zorgverzekeringen indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 van de Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. De onafhankelijke instantie ontvangt dit advies zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen vier weken na de adviesaanvraag.

Artikel 12. Verzekerde prestaties

- 12.1.** De verzekerde heeft aanspraak op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.
- 12.2.** De zorg in natura wordt verleend door een door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder. De vergoeding van de kosten van zorg vindt rechtstreeks aan de betreffende zorgaanbieder plaats op basis van het door de maatschappij met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief. Een eigen risico en een eventuele, krachtens wet vastgestelde eigen bijdrage worden door de maatschappij separaat bij de verzekeringnemer in rekening gebracht. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven. Een overzicht van de door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.siz.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door de maatschappij is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 015 - 251 16 50. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.
- 12.3.** Indien de zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder kan de verzekerde de maatschappij vragen te bemiddelen en eventueel toestemming te verlenen voor het gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De daaraan verbonden kosten worden na overlegging van de nota en met inachtneming van deze verzekeringsvoorwaarden, vergoed, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de maatschappij voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend:
- medisch inhoudelijke factoren;
 - algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- 12.4.** Indien de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de maatschappij geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2005, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de maatschappij en de betreffende zorgaanbieders. Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2005, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de maatschappij en de betreffende zorgaanbieders:
- Huisartsenzorg (artikel 13);
 - Verloskundige zorg (artikel 14) die geleverd wordt door een huisarts;
 - Medisch specialistische zorg (artikel 15 tot en met 21) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis;
 - Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder (artikel 26.3) die geleverd wordt door een kaakchirurg die verbonden is aan een ziekenhuis, worden.
- De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie SIZ. Het Reglement restitutie SIZ maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl.
- De kosten worden vergoed indien 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.
- 12.5.** De maatschappij heeft het recht om de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde op grond van artikel 12.3 en 12.4 jegens 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.
- 12.6.** Indien de maatschappij rechtstreeks aan zorgaanbieders kosten van zorg betaalt, en deze kosten vallen onder het met de verzekeringnemer overeengekomen eigen risico dan wel 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. De maatschappij kan deze kosten eventueel verrekenen met de aan de verzekeringnemer of verzekerde verschuldigde bedragen.
- 12.7.** Indien bij bepaalde vormen van zorg een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel.
- Als de verzekerde aanspraak maakt op zorg door 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 aanspraak maakt op zorg door 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 indien er sprake is van spoedeisende zorg.

II. Dekkings- en prestatiewijze

Geneeskundige zorg

Artikel 13. Huisartsenzorg

Omschrijving: 1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek.
2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover de maatschappij en de huisarts afspraken hebben gemaakt.

Door: huisarts.

Bijzonderheden:

1. de zorg omvat niet het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
2. onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt tevens verstaan zorg die wordt geleverd door derden die medisch bevoegd zijn, onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts zoals een doktersassistente, nurse practitioner of praktijkondersteuner.

Artikel 14. Verloskundige zorg

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

Door: verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist.

Bijzonderheden:

Indien de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt, zonder dat verblijf medisch noodzakelijk is, dan is een eigen bijdrage verschuldigd voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. De aanspraak op kraamzorg is geregeld in artikel 32, Kraamzorg.

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Omschrijving: 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.
- materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen.

Geen aanspraak bestaat op:

- 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 tevens 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 en de chronische intermitterende beademing benodigde apparatuur valt onder hulpmiddelenzorg. De aanspraak op hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 30, 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 medisch specialistische zorg die wordt verricht door een huisarts, zie artikel 13, Huisartsenzorg.

Artikel 16. Revalidatie

Omschrijving: geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medische specialistische zorg), omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend indien 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.

Machtiging: ja.

Artikel 17. Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving: 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. Indien noodzakelijk 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.

Machtiging: ja.

Artikel 18. In vitro fertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

18.1. In vitro fertilisatie (IVF)

Omschrijving: geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat ingeval van in vitro fertilisatie (IVF) slechts de tweede en derde poging in vitro fertilisatie (IVF) per gerealiseerde zwangerschap.

Een poging omvat vier fasen:

- a. rijping van eicellen door hormonale behandeling;
- b. het afnemen van eicellen (punctie);
- c. bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;
- d. de terugplaatsing van een of meer ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Een volledige poging omvat maximaal het op-eenvolgend doorlopen van alle vier genoemde fasen. Een volledige poging kan echter ook bestaan uit fase b, c en d (indien gebruik wordt gemaakt van de natuurlijke cyclus), of een volledige poging kan bestaan uit uitsluitend fase d (indien gebruik wordt gemaakt van een bij een eerdere behandeling verkregen gecryopreserveerd embryo).

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. Er bestaat geen aanspraak op (vergoe-

2. ding van de kosten van) zorg ten behoeve van de donor; onder een gerealiseerde zwangerschap, wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dat is een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie;
3. voor de aanspraak op geneesmiddelen die verband houden met de tweede en derde poging in vitro fertilisatie (IVF), zie artikel 28, Geneesmiddelen.

18.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving: geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: behandelingen 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 bestaat geen aanspraak op geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid.

Artikel 19. Audiologische zorg

Omschrijving: geneeskundige 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 gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur, en;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

Door: audiologisch centrum.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

de aanspraak op gehoorapparatuur is geregeld in artikel 30, Hulpmiddelenzorg.

Artikel 20. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving: geneeskundige 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 functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden die

- het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 5. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Geen aanspraak bestaat op:

- a. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. abdominoplastiek en liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen van een borstprothese 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 medisch specialist.

Artikel 21. Transplantatie van weefsels en organen

Omschrijving: geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) in verband met transplantatie 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 verband 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 preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale

transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;

- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde 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 opening;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname 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 gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de verzekerde in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten.

Door: medisch specialist.

Machtiging: ja.

Paramedische Zorg

Artikel 22. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

22.1. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving: 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 negen 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, bekkentherapeut 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 en individuele behandeling dan wel groepsbehandeling of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

22.2. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving: 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, bekkentherapeut 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 en individuele behandeling dan wel groepsbehandeling of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

Artikel 23. Logopedie

Omschrijving: 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 andersstaligheid;

- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor musici;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

Artikel 24. Ergotherapie

Omschrijving: zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg ten doel heeft de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen, tot ten hoogste 10 behandelingen per kalenderjaar.

Door: ergotherapeut.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 25. Dieetadvisering

Omschrijving: 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 26. Tandheelkundige zorg

26.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving: zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

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, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft

die niet zijn aangelegd, dan wel 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 ten behoeve van orthodontische hulp.

Door: tandarts of kaakchirurg.

26.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving: zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

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

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

Orthodontische hulp 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 in artikel 2.7, lid 6 van het Besluit zorgverzekering bedoelde Regeling zorgverzekering.

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.

26.3. Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving: 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 27. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

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

Door: tandarts, tandprotheticus of kaakchirurg.

Eigen bijdrage: volgens de in artikel 2.7, lid 6 van het Besluit zorgverzekering bedoelde Regeling zorgverzekering.

Bijzonderheden:

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

Farmaceutische zorg

Artikel 28. Geneesmiddelen

Omschrijving: aflevering van:

- a. de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voorzover deze zijn aangewezen door de maatschappij;
- b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, indien het rationele farmacotherapie betreft.

Per voorschrift heeft de verzekerde aanspraak op geneesmiddelen voor een periode zoals vastgesteld in het Reglement farmaceutische zorg SIZ.

Geleverd door: apotheker of apothekhoudend huisarts. De apothekhoudend huisarts mag alleen geneesmiddelen leveren aan verzekerden die op zijn naam zijn ingeschreven bij een zorgverzekeraar

op grond van de Wet op de Geneesmiddelen-voorziening.

Voorschrift: huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja, voor geneesmiddelen waarvoor bij Regeling zorgverzekering indicatievoorwaarden worden gesteld.

Bijzonderheden:

1. de maatschappij heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts aanspraak bestaat op het door de maatschappij aangewezen geregistreerde geneesmiddel. De verzekerde heeft in dat geval slechts aanspraak op het door de maatschappij aangewezen geneesmiddel, tenzij behandeling met het aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. 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 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. Een overzicht van de door de maatschappij aangewezen geneesmiddelen is eveneens opgenomen in dit Reglement. Het Reglement farmaceutische zorg SIZ 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. Tevens 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;
3. de verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien 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;
4. farmaceutische zorg omvat geen:
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.

Artikel 29. Dieetpreparaten

Omschrijving: polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Geleverd door: voorkeursleveranciers Sorgente in Houten (voor alle dieetvoeding) of Tefa Portanje B.V. in Woerden (voor sondevoeding), apotheker of

apothekhoudend huisarts. De apothekhoudend huisarts mag alleen dieetpreparaten leveren aan verzekerden die op zijn naam zijn ingeschreven bij de maatschappij op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening.

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

Voorschrift: huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden: farmaceutische zorg omvat geen farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering (bijlage 2, indicaties) aangegeven gevallen.

Hulpmiddelenzorg

Artikel 30. Hulpmiddelenzorg

Omschrijving: bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Daarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op die zorg.

Eigen bijdrage: volgens de genoemde Regeling zorgverzekering.

Voorschrift: zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen SIZ.

Machtiging: zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen SIZ.

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 maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl.

Verblijf in een instelling

Artikel 31. Verblijf

Omschrijving: medisch noodzakelijk verblijf gedurende het etmaal in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of zorghotel, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.

Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen.

De medische noodzaak wordt vastgesteld door de verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Bijzonderheden:

voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen, worden onderbrekingen van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. In afwijking hiervan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

Kraamzorg

Artikel 32. Kraamzorg

Omschrijving: 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. Aanspraak op kraamzorg bestaat indien en zolang een medische en/of sociale indicatie bestaat dat kraamzorg noodzakelijk is.

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

Eigen bijdrage: volgens de Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Bijzonderheden:

1. het kraamcentrum indiceert de noodzakelijke zorg en wijst op basis daarvan het aantal te realiseren zorguren toe, waarbij vergoeding wordt verleend over tenminste 24 uur tot ten hoogste 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen. Indiciestelling vindt plaats aan de hand van het Landelijke Indicatie Protocol van Zorgverzekeraars Nederland. 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 8 dagen) per dag in mindering gebracht;
3. indien bij combinatievormen van zorg door meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kosten in rekening worden gebracht, dan bestaat eveneens aanspraak op deze dubbele dag volgens bovengenoemde regeling;
4. aanmelding voor kraamzorg bij SIZ via telefoonnummer: 0900 – 899 85 00, voor meer informatie zie www.siz.nl

Ziekenvervoer

Artikel 33. Ambulancevervoer

Omschrijving: 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:

1. 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;
2. 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;
3. vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 2, naar:
 - 3.1. 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;
 - 3.2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
4. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instelling, 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:

indien SIZ toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 34. Zittend ziekenvervoer

Omschrijving: ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 33, Ambulancevervoer, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van de verzekerde over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

1. 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;
2. 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;
3. vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 2, naar:

- 3.1. een persoon bij wie of een instelling waar- in hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal onder- gaan;
- 3.2. een persoon of instelling voor het aanme- ten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
4. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instel- ling, bedoeld in dit artikel onder omschrij- ving punt 1, 2 of 3.

Indien het vervoer zoals aangegeven in dit artikel, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij Regeling zorgverzekering te bepalen bedrag per kilometer.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit arti- kel omvat ook vervoer van een begeleider, in- dien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de maatschap- pij vervoer van twee begeleiders toestaan.

Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van de volgende situaties:

- a. de verzekerde moet nierdialyses ondergaan;
- b. de verzekerde moet oncologische behande- lingen 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 be- geleiding kan verplaatsen;
- e. de verzekerde is in verband met de behan- deling van een langdurige ziekte of aandoe- ning langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

Door: taxivervoerder, indien de aanspraak ziekenver- voer per taxi is.

Eigen bijdrage: volgens de in artikel 2.16 van het Besluit zorg- verzekering bedoelde Regeling zorgverzeke- ring.

Voorschrift: huisarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden:

1. indien de maatschappij toestemming geeft dat een verze- kerde 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 35. Zorg- en wachtlijstbemiddeling

Omschrijving: aanspraak op bemiddeling voor zorg indien sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaan- bieder die deze zorg mag leveren volgens de SIZ Standaardverzekering. Indien sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kan de verzekerde een beroep doen op de afdeling Wachtlijstbemiddeling van de maatschappij. De maatschappij bekijkt samen met de verze- kerde welke mogelijkheden er zijn. Indien er geen oplossing kan worden geboden dan wel de zorg door deze oplossing niet tijdig kan worden geleverd, mag de verzekerde gebruik maken van een zorgaanbieder waarmee de maatschappij geen overeenkomst heeft geslo- ten. De vergoeding van de kosten van deze zorg zal de maatschappij vergoeden tot ten hoogste de in Nederland geldende Wtg-tarie- ven. Als er geen Wtg-tarieven meer gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kos- ten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

III Trefwoordenregister

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
A					
Algemene bepalingen	2	4	Gehoorapparatuur	30	16
Ambulancevervoer	33	17	Gehoorfunctie, onderzoek	19	12
Apotheekhoudend huisarts	1	2	Geneeskundige zorg	13 t/m 21	11 t/m 13
Apotheker	1	2	Geneesmiddelen	1, 28	2, 15
Arts	1	2	Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	28	15
Audiologisch centrum	1, 19	2, 12	Geschillen, klachten en geschillen	11	9
Audiologische zorg	19	12	H		
Auto, vervoer met eigen	34	17	Haemodialyse, niet-klinische	15	11
AWBZ, AWBZ-instelling	1	2	Huidtherapeut	1, 22	2, 14
B			Huisarts, huisartsenzorg	1, 13	2, 11
Bedrijfsarts	1	2	Hulpmiddelen, hulpmiddelenzorg	1, 30	2, 16
Begripsomschrijvingen	1	2	I		
Bekkentherapeut	1	2	ICSI	18	12
Bemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	35	18	Implantaten	26	14
Besluit zorgverzekering	1	2	Ingang, duur en beëindiging van de		
Bevalling	14, 15	11	SIZ Standaardverzekering	6	6
Bijzondere tandheelkunde	26.2	15	Instelling	1	2
Buitenland	9	8	In vitro fertilisatie (IVF) en overige		
C			fertiliteitsbevorderende behandelingen	18	12
Centrum voor bijzondere tandheelkunde	1	2	K		
Centrum voor erfelijkheidsadvies	1	2	Kaakchirurg, kaakchirurgie	1, 26.3	3, 15
Cesar/Mensendieck, oefentherapie	22	13	Kinderfysiotherapie, -therapeut	1, 22.1	3, 13
Chirurgische tandheelkundige hulp van			Klachten en geschillen	11	9
specialistische aard (kaak-chirurgie) voor			Kortdurende fysiotherapie	22	13, 14
verzekerden van 18 jaar en ouder	26.3	15	Kraamcentrum	1	3
Chronisch intermitterende beademing	15	11	Kraamverzorgende	1	3
Chronische indicatie fysiotherapie	22	13	Kraamzorg	32	17
Circumcisie	15	11	Kraamzorghotel	1	3
Coöperatie	1	2	L		
CTG/Zorgautoriteit i.o.	1	2	Langdurige of intermitterende fysiotherapie	22	13, 14
D			Logopedie, logopedist	1, 23	3, 14
Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)	1	2	M		
Dieetadvisering	25	14	Machtiging	1, 12.7	3, 10
Dieetpreparaten	29	16	Manueel therapeut	1	3
Diëtist	1	2	Manuele therapie	22	13
DNA-onderzoek	17	11	Medicijnen	28	15
Donor	21	13	Medisch specialist	1	3
E			Medisch specialistische zorg	15	11
Eigen risico	1, 8	2, 7	Mensendieck, oefentherapie	22	13, 14
Erfelijkheidsadvies, centrum voor	1, 17	2, 11	Mondzorg	26, 27	14, 15
Erfelijkheidsonderzoek	17	11	N		
Ergotherapeut, ergotherapie	1, 24	2, 14	Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/ tijdelijk verblijf	9.3	9
Europese Unie en EER-lidstaat	1	2	No-claim, no-claimteruggave	7	7
F			O		
Farmaceutische zorg, geneesmiddelen en			Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	1, 22	3, 13, 14
dieetpreparaten	28, 29	15, 16	Oefentherapeut Cesar/Mensendieck	1	3
Fertiliteitbevorderende behandelingen			Oefentherapie Cesar/Mensendieck	22	13, 14
en in vitro fertilisatie (IVF)	18	12	Openbaar vervoer	34	17
Fysiotherapeut	1	2	Opname in een ziekenhuis	14, 15, 26.3, 31	11, 15, 16
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/ Mensendieck	22	13, 14	Organtransplantatie	21	13
G			Orthodontische zorg	26.2	15
Gebitsprothese	27	15	Orthodontist	1	3
Gebitsregulatie	26.2	15	Overige verplichtingen	4	5

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
P			V		
Paramedische zorg	22 t/m 25	13, 14	Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	9	8
Plastische en/of reconstructieve chirurgie	20	12	Verblijf, verblijf in een instelling	1, 31	3, 16
Premie	3	5	Verdragsland	1	3
Premie(grondslag) en voorwaarden	5	5	Verloskamer	14	11
Prothetische voorzieningen	26.1, 27	14, 15	Verloskundige	1	3
			Verloskundige zorg	14	11
R			Verpleegkundige	1	3
Regeling zorgverzekering	1	3	Verplichtingen, overige	4	5
Reglement farmaceutische zorg SIZ	28	15	Vervoer, medisch noodzakelijk	33, 34	17
Reglement hulpmiddelen SIZ	30	16	Verwijzing en/of machtigingsvereiste	12.7	10
Reglement restitutie SIZ	12.4	10	Verwijzing en/of machtigingsvereiste, buitenland	9.5	9
Revalidatie	16	11	Verzekerde	1	3
Revalidatie-instelling	1	3	Verzekerde prestaties	12	10
			Verzekeringnemer	1	3
S			Verzekeringplichtige	1	3
Second opinion door een medisch specialist	15	11	Verzekeringsvoorwaarden SIZ Standaard- verzekering	1	3
			Voorkeursleverancier	1	3
SIZ	1	3	W		
SIZ Standaardverzekering	1	3	Wachtnlijstbemiddeling,		
Specialist, medisch, medisch specialistische zorg	1, 15	3, 11	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	35	18
Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf	9.2	8	Wet BIG	1	3
Sterilisatie	15	11	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	5	5
			Wtg-tarieven	1	3
T			Z		
Tandarts	1	3	Ziekenhuis	1	4
Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	26.1	14	Ziekenhuisopname	14, 15, 26.3, 31	11, 15, 16
Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen	26.2	15	Ziekenvervoer, ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	33, 34	17
Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, centrum voor	1	2	Zorg, zorg of overige diensten	1	4
Tandprotheticus	1	3	Zorgautoriteit i.o./CTG	1	4
Taxivervangend eigen vervoer	34	17	Zorgbemiddeling, zorg- en wachtlijst- bemiddeling	35	18
Taxivervoer	34	17	Zorghotel	1	4
Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	9.4	9	Zorg in een (andere) lidstaat van de Europese Unie of EER-lidstaat	9	8
Transplantatie van weefsels en organen	21	13	Zorgpolis	1	4
Trombosedienst	15	11	Zorgverzekering	1	4
			Zww, Zorgverzekeringswet	1	4
U					
Uitsluitingen	10	9			