



Verzekeringsvoorwaarden

SIZ Standaardverzekering 2007

variant Restitutie

INHOUDSOPGAVE

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

I. TREFWOORDENREGISTER

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
A			G		
Algemene bepalingen	2	6	Gebitsprothese	27	18
Ambulancevervoer	33	21	Gebitsregulatie	26.2	18
Apotheekhoudend huisarts	1	4	Gehoorapparatuur	30	20
Apotheker	1	4	Gehoorfunctie, onderzoek	19	15
Arts	1	4	Geneeskundige zorg	13 t/m 21	14 t/m 16
Audiologisch centrum	1, 19	4, 15	Geneesmiddelen	1, 28	4, 19
Audiologische zorg	19	15	Geschillen, klachten en geschillen	11	12
Auto, vervoer met eigen	34	21			
AWBZ, AWBZ-instelling	1	4	H		
B			Haemodialyse, niet-klinische	15	14
Bedrijfsarts	1	4	Huidtherapeut	1, 22	4, 16
Begripsomschrijvingen	1	4	Huisarts, huisartsenzorg	1, 13	5, 14
Bekkenfysiotherapeut	1	4	Hulpmiddelen, hulpmiddelenzorg	1, 30	5, 20
Bemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	35	22	I		
Besluit zorgverzekering	1	4	ICSI	18	15
Bevalling	14, 15	14	Implantaten	26	18
Bijzondere tandheelkunde	26.2	18	Ingang, duur en beëindiging van de SIZ		
Buitenland	9	11	Standaardverzekering	6	8
C			Instelling	1	5
Centrum voor bijzondere tandheelkunde	1	4	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteits- bevorderende behandelingen	18	15
Centrum voor erfelijkheidsadvies	1	4	IZA-Hulpdienst	9.2.1	11
Cesar/Mensendieck, oefentherapie	22	16	K		
Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	26.3	18	Kaakchirurg, kaakchirurgie	1, 26.3	5, 18
Chronisch intermitterende beademing	15	14	Kinderfysiotherapie, -therapeut	1, 22.1	5, 16
Circumcisie	15	14	Klachten en geschillen	11	12
Collectieve overeenkomst van ziektekosten- verzekering	1	4	Kraamcentrum	1	5
Coöperatie	1	4	Kraamverzorgende	1	5
D			Kraamzorg	32	20
Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)	1	4	Kraamzorghotel	1	5
Dieetadvisering	25	17	L		
Dieetpreparaten	29	19	Logopedie, logopedist	1, 23	5, 17
Diëtist	1	4	M		
DNA-onderzoek	17	15	Maatschappij	1	5
Donor	21	16	Machtiging	1, 12.6	5, 13
E			Manueel therapeut	1	5
Eigen risico	1, 8	4, 10	Manuele therapie	22	16
Erfelijkheidsadvies, centrum voor	1, 17	4, 15	Medicijnen	28	19
Erfelijkheidsonderzoek	17	15	Medisch specialist	1	5
Ergotherapeut, ergotherapie	1, 24	4, 17	Medisch specialistische zorg	15	14
Europese Unie en EER-lidstaat	1	4	Mensendieck, oefentherapie	22	16
F			Mondzorg	26, 27	17, 18
Farmaceutische zorg, geneesmiddelen en dieetpreparaten	28, 29	19	N		
Fertiliteitbevorderende behandelingen en in-vitrofertilisatie (IVF)	18	15	Niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie/ tijdelijk verblijf	9.3	12
Fraude	1, 2.5	4, 6	No-claim, no-claimteruggaaf	7	10
Fysiotherapeut	1	4	NZa, Nederlandse Zorgautoriteit	1	5
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/ Mensendieck	22	16			

Omschrijving	Artikelnummer	Pagina	Omschrijving	Artikelnummer	Pagina
O			V		
Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	1, 22	5, 16	Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	9	11
Oefentherapeut Cesar/Mensendieck	1	5	Verblijf, verblijf in een instelling	1, 31	5, 20
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	22	16	Verdragsland	1	5
Openbaar vervoer	34	21	Verloskamer	14	14
Opname in een ziekenhuis	14, 15, 26.3, 31	14 18, 20	Verloskundige	1	5
Orgaantransplantatie	21	16	Verloskundige zorg	14	14
Orthodontische zorg	26.2	18	Verpleegkundige	1	5
Orthodontist	1	5	Verplichtingen, overige	4	8
Overige verplichtingen	4	8	Vervoer, medisch noodzakelijk	33, 34	21
P			Verwijzing en/of machtigingsvereiste	12.6	13
Paramedische zorg	22 t/m 25	16, 17	Verwijzing en/of machtigingsvereiste, buitenland	9.5	12
Plastische en/of reconstructieve chirurgie	20	16	Verzekerde	1	6
Premie	3	7	Verzekerde prestaties	12	13
Premie(grondslag) en voorwaarden	5	8	Verzekeringnemer	1	6
Prothetische voorzieningen	26.1, 27	17, 18	Verzekeringplichtige	1	6
R			Verzekeringsvoorwaarden SIZ Standaardverzekering, verzekeringvoorwaarden	1	6
Regeling zorgverzekering	1	5	Voorkeursleverancier	1	6
Reglement farmaceutische zorg SIZ 2007	28	19	W		
Reglement hulpmiddelen SIZ 2007	30	20	Wachttijlbemiddeling, Zorg- en wachttijlbemiddeling	35	22
Revalidatie	16	14	Wet BIG	1	6
Revalidatie-instelling	1	5	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	5	8
S			Wmg-tarieven	1	6
Second opinion door een medisch specialist	15	14	Z		
SIZ Standaardverzekering	1	5	Zelfstandig behandelcentrum	1	6
Specialist, medisch, medisch specialistische zorg	1, 15	5, 14	Ziekenhuis	1	6
Spoedeisende zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf	9.2	11	Ziekenhuisopname	14, 15, 26.3, 31	14 18, 20
Sterilisatie	15	14	Ziekenvervoer, ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	33, 34	21
Structurele Echoscopische Onderzoek (SEO)	14	14	Zorg, zorg of overige diensten	1	6
T			Zorgbemiddeling, zorg- en wachttijlbemiddeling	35	22
Tandarts	1	5	Zorghotel	1	6
Tandheeskundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	26.1	17	Zorg in een (andere) lidstaat van de Europese Unie of EER-lidstaat	9	11
Tandheeskundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen	26.2	18	Zorgpolis	1	6
Tandheeskundige zorg in bijzondere gevallen, centrum voor	1	4	Zorgverzekering	1	6
Tandprotheticus	1	5	Zvw, Zorgverzekeringwet	1	6
Taxivervangend eigen vervoer	34	21			
Taxivervoer	34	21			
Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	9.4	12			
Transmurale DBC	1	5			
Transplantatie van weefsels en organen	21	16			
Trombosedienst	15	14			
U					
Uitsluitingen	10	12			

Artikel 1. Begripsomschrijvingen

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

1. **Ambulancevervoer:** het vervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer van zieken en gewonden per ambulance.
2. **Apotheekhoudend huisarts:** een huisarts die volgens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot het uitoefenen van de artsenijbereidkunst.
3. **Apotheker:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
4. **Arts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
5. **Audiologisch centrum:** een als zodanig toegelaten instelling.
6. **AWBZ:** de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
7. **AWBZ-instelling:** een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.
8. **Bedrijfsarts:** een arts die als bedrijfsarts geregistreerd staat in het Register van erkende Sociaal Geneeskundigen 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.
9. **Bekkenfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
10. **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.
11. **Centrum voor bijzondere tandheelkunde:** een universitair of een door de maatschappij daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
12. **Centrum voor erfelijkheidsadvies:** een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
13. **Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering:** een overeenkomst gesloten tussen de maatschappij en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een SIZ Standaardverzekering en eventuele SIZ Aanvullende Verzekering te sluiten.
14. **Coöperatie:** de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A.
15. **Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** het op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert.
16. **Diëtist:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel diëtist.
17. **Eigen risico:** een door de verzekeringnemer met de maatschappij als onderdeel van de SIZ Standaardverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zvw, dat de verzekerde voor zijn rekening zal nemen.
18. **Ergotherapeut:** degene die op grond van artikel 6 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel ergotherapeut.
19. **Europese Unie en EER-lidstaat:** hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
20. **Fraude:** het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.
21. **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.
22. **Geneesmiddelen:** de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit Zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.
23. **Huidtherapeut:** degene met het diploma Huidtherapie van de Stichting Opleiding Huidtherapie, de Hogeschool van Utrecht of de Hogeschool van Eindhoven.

24. **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.
25. **Hulpmiddelen:** de op grond van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.
26. **Instelling:**
1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
 2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.
27. **Kaakchirurg:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
28. **Kinderfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
29. **Kraamcentrum:** een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels, alsmede de door de maatschappij als zodanig erkende instelling.
30. **Kraamverzorgende:** een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
31. **Kraamzorghotel:** een organisatie voor het leveren van kraamzorg ter vervanging van kraamzorg in de thuissituatie.
32. **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.
33. **Maatschappij:** VGZ Zorgverzekeraar NV, gevestigd in Nijmegen, die deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert. VGZ Zorgverzekeraar NV is een onderdeel van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A.
34. **Machtiging:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de maatschappij wordt verstrekt voor de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
35. **Manueel therapeut:** een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
36. **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.
37. **NZa:** Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.
38. **Oedeemtherapeut:** een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
39. **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.
40. **Orthodontist:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
41. **Regeling zorgverzekering:** Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer Z/VV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zvw.
42. **Revalidatie-instelling:** een als zodanig toegelaten instelling.
43. **SIZ:** de Stichting IZA Ziektenkostenverzekeringen.
44. **SIZ Standaardverzekering:** een tussen de maatschappij en de verzekeringsnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.
45. **Tandarts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
46. **Tandprotheticus:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.
47. **Transmurale DBC:** het op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties onder regie van een huisarts of een ander orgaan voor gezondheidszorg, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de huisarts of een ander orgaan voor gezondheidszorg consulteert en voor welk geheel van prestaties, verleend door de onderscheiden zorgaanbieders, één tarief geldt. Deze DBC geldt voor specifieke patiëntengroepen, waarvoor in een aantal regio's in Nederland specifieke zorg- en prijsafspraken zijn gemaakt.
48. **Verblijf:** verblijf met een duur van 24 uur of langer.
49. **Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
50. **Verloskundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
51. **Verpleegkundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

52. **Verzekerde:** degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zvw, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door de maatschappij, is vermeld.
53. **Verzekeringnemer:** degene die met de maatschappij een zorgverzekering heeft gesloten.
54. **Verzekeringplichtige:** degene die op grond van de Zvw verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.
55. **Verzekeringsvoorwaarden SIZ Standaardverzekering/verzekeringsvoorwaarden:** de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 11 van de Zvw van de maatschappij, variant Restitutie.
56. **Voorkeursleverancier:** een leverancier waarmee de maatschappij een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.
57. **Wet BIG:** de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
58. **Wmg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld of goedgekeurd door de Nederlandse zorgautoriteit, volgens de Wet marktordening gezondheidszorg.
59. **Zelfstandig behandelcentrum:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.
60. **Ziekenhuis:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.
61. **Zorg:** zorg of overige diensten.
62. **Zorghotel:** een hotel dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen deze stelt aan een zorghotel.
63. **Zorgpolis:** de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en de maatschappij gesloten zorgverzekering is vastgelegd.
64. **Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
65. **Zvw:** de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag

De SIZ Standaardverzekering is gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere schriftelijke wijze aan de maatschappij zijn verstrekt. De maatschappij verstrekt de verzekeringnemer en, als deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo

spoedig mogelijk na het sluiten van de SIZ Standaardverzekering, en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar, een zorgpolis. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

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

2.3. Medische noodzaak

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

2.4. Ontlenen recht

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

2.5. Fraude

Als de maatschappij fraude constateert kan dit tot gevolg hebben dat de maatschappij:

- aangifte doet bij de politie;
- de verzekering beëindigt;
- registratie doet in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- uitgekeerde vergoedingen en gemaakt (onderzoeks)kosten terugvordert of verhaalt op de verzekeringnemer of de verzekerde.

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

2.6.1. Als de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar door dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartverzekering van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op vergoeding van de kosten van prestaties tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

De exacte definities en bepalingen voor de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT. Dit clausuleblad maakt deel

uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl.

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

2.7. Verwerken persoonsgegevens

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

2.8. Kennisgevingen

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

2.9. Lidmaatschap van de Coöperatie

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

2.10. Voorrangsbepaling

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

2.11. 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.

2.12. 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. Premiegrondslag collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

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

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

De verzekeringnemer respectievelijk verzekerde kan alleen deelnemen aan één collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.

De verzekeringsvoorwaarden, waaronder de premie(betaling), zoals die gelden voor de individuele overeenkomst gaan in op de dag volgend op de dag waarop de verzekerde niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de betreffende collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.

3.3. Verschuldigheid van premie

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

3.4. Betaling van premie

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

3.5. Vordering

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

3.6. Overlijden

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

3.7. Niet tijdig betalen

3.7.1. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kan de maatschappij 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 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. Ingeval van schorsing geldt dat er geen aanspraak op vergoeding van de kosten van prestaties, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, bestaat vanaf de dag na aanmaning. Behalve ingeval van beëindiging van de overeenkomst, ontstaat weer aanspraak op vergoeding van de kosten van prestaties vanaf de dag volgend op de dag, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten als bedoeld in lid 3.7.5, door de maatschappij zijn ontvangen. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd.

- 3.7.2. Als de verzekeringnemer na aanmaning als bedoeld in lid 3.7.1 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 SIZ Standaardverzekering wordt niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.7.3. In afwijking van lid 3.7.1 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. Als 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. Als 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.
- 3.7.4. Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk gedaan.
- 3.7.5. Als de maatschappij maatregelen treft tot incasso van haar 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, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, die nodig is voor de uitvoering van de SIZ Standaardverzekering;
- de maatschappij te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt de maatschappij in dat verband de benodigde inlichtingen. In dit verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de maatschappij. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor de maatschappij in haar belangen kan worden geschaad;
- de maatschappij onverwijld op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging bank- of gironummer;
- ingeval van vergoeding van de kosten van zorg, de originele nota's binnen één jaar na dagtekening bij de maatschappij in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige

wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgaanbieder;

- een op grond van deze verzekeringsvoorwaarden vereiste verwijzing over te (laten) leggen, als de maatschappij hierom vraagt.

4.2. Belangen

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

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

De maatschappij heeft het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de bij haar lopende zorgverzekeringen te wijzigen. De maatschappij doet van de voorgenomen wijziging mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere SIZ Standaardverzekering op een door de maatschappij vast te stellen datum.

Tot 1 juli 2007 geldt dat bij wijziging van de premiegrondslag deze niet eerder in werking treedt dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de maand waarin deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld. Vanaf 1 juli 2007 geldt dat bij wijziging van de premiegrondslag deze niet eerder in werking treedt dan 6 weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

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

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

6.1. Ingang en duur

6.1.1. De SIZ Standaardverzekering gaat in op de dag waarop de maatschappij het verzoek hiertoe van of voor de verzekeringsplichtige heeft ontvangen.

6.1.2. Als de maatschappij op basis van het in lid 6.1.1 bedoelde verzoek niet vast kan stellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en zij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de SIZ Standaardverzekering, in afwijking van lid 6.1.1, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.

6.1.3. De maatschappij verstrekt degene die het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, doet en, als dit een ander is dan degene voor wiens verzekering het verzoek is gedaan, laatstbedoelde persoon onverwijld:

- een bewijs van het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, waarop de datum van ontvangst is vermeld;
- een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in lid 6.1.2, waarop de datum van de ontvangst is vermeld.

6.1.4. Als degene voor wie de SIZ Standaardverzekering wordt gesloten op de dag waarop de maatschappij het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de SIZ Standaardverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 6.1.1 of 6.1.2, gaat de verzekering op die latere dag in.

6.1.5. Als de SIZ Standaardverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond. Als de SIZ Standaardverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden en/of premiegrondslag is geëindigd door opzegging, dan werkt deze terug tot aan de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

6.2. Einde van rechtswege

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

- 6.2.1.** de maatschappij door wijziging of intrekking van haar 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 SIZ Standaardverzekering op grond van het onder 6.2.1 gestelde eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

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

6.3. Opzegging door de verzekeringnemer

De verzekeringnemer kan de SIZ Standaardverzekering opzeggen:

- uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
- van een ander die hij heeft verzekerd, als deze verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd of met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, als die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de maatschappij is ontvangen;

- in de situaties vermeld in artikel 5.2;
- als gevolg van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, als de reden van opzegging een overstap betreft van de collectieve verzekeringsovereenkomst van de oude werkgever naar de collectieve verzekeringsovereenkomst van de nieuwe werkgever. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de maand is, en zo niet, op de eerste dag van de maand volgend op de datum van indiensttreding.

6.4. Opzegging door de maatschappij

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

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

6.5. Gezondheidsrisico

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

6.6. Wijze van opzeggen

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

6.7. Bewijs van einde

Als de SIZ Standaardverzekering eindigt, verstrekt de maatschappij de verzekeringnemer en, als deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van de SIZ Standaardverzekering, waarop wordt 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, als deze is dat de verzekeringsplicht eindigt.

Artikel 7. No-claim

- 7.1. Als de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar voor een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan het in het Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag, heeft de verzekerde ten aanzien van de zorgverzekeraar recht op een bedrag, de no-claimteruggaaf, dat gelijk is aan het verschil tussen het bij Besluit zorgverzekering bepaalde bedrag en de eerder bedoelde waarde.
- 7.2. De kosten van huisartsenzorg en zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed, hulpmiddelen in bruikleen, eigen bijdragen of eigen betalingen op grond van de zorgverzekering worden niet in mindering gebracht op de no-claimteruggaaf. 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.
- 7.3. Het in het Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag (referentiebedrag voor de berekening van de no-claimteruggaaf) wordt jaarlijks geïndexeerd volgens het bepaalde in de Zvw. Voor 2007 is het bij Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag vastgesteld op € 255,-.
- 7.4.1. Als 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, of als de verzekerde gedurende het kalenderjaar 18 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, of als de verzekerde 18 jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer aan het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- 7.4.2. Als lid 7.4.1 van toepassing is, wordt de no-claimteruggaaf 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, of vanaf de eerste dag volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar werd.
- 7.5. De verzekerde die jonger is dan 18 jaar heeft geen recht op een no-claimteruggaaf. 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-claimteruggaaf waarop verzekerden aanspraak hebben, wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggaaf betrekking heeft uitgekeerd door overmaking op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Als na de vaststelling van de no-claimteruggaaf blijkt dat zorg is gebruikt, waarmee bij de berekening van de no-claimteruggaaf geen rekening is gehouden, wordt de no-claimteruggaaf uiterlijk 31 maart van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggaaf betrekking heeft, gecorrigeerd. De vordering die hierdoor ontstaat kan worden verrekend met betalingen aan de verzekeringnemer of 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-claimteruggaaf, 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 verzekeringsplichtige 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 de maatschappij voor de varianten van de SIZ Standaardverzekering 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. Als 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 als dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een zorgverzekering met een zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:
a. 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;
b. de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;
c. 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:

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

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

9.1.3. 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:

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

dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

9.2. Spoedeisende zorg tijdens vakantieltijdelijk 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 ++31-50-4040888 (++= internationaal toegangsnummer). SIZ adviseert de verzekerde om de IZA-Hulpdienst in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

9.2.2. Spoedeisende zorg tijdens vakantieltijdelijk 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 een ander EU-/EER-land of verdragsland dan het woonland, 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, als dit voor de verzekerde van toepassing is;
- vergoeding van de kosten van 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 Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

9.2.3. Spoedeisende zorg tijdens vakantieltijdelijk 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:

- vergoeding van de kosten van 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 Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

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

9.4. *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 de maatschappij nodig heeft, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg.

9.5. *Verwijzing en/of machtigingsvereiste*

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

Artikel 10. Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op:

- 10.1. vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden als en voorzover de verzekerde niet op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, en/of hierbij geen rekening wordt gehouden met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid;
- 10.2. vergoeding van de kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg;
- 10.3. vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de maatschappij door derden in 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 de kosten van zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf.

Artikel 11. Klachten en geschillen

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

11.1.1. Klachten en geschillen over de uitvoering van de SIZ Standaardverzekering kunnen aan de maatschappij worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven. Het is ook mogelijk een klachtenformulier te downloaden via www.siz.nl.

11.1.2. Klachten zoals genoemd onder lid 11.1.1 kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de maatschappij en de maatschappij haar definitieve standpunt daarover kenbaar heeft gemaakt of binnen een maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) ter attentie van de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl.

De ombudsman bemiddelt bij klachten, maar brengt geen bindend advies uit.

11.1.3. Als naar het oordeel van de maatschappij 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.

11.1.4. Geschillen kunnen, nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de maatschappij schriftelijk heeft verzocht haar beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen een termijn van 30 dagen of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) ter attentie van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl.

11.1.5. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen vraagt verplicht advies aan het College voor zorgverzekeringen als het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 van de Zvw, of de vergoeding van de kosten van die zorg of diensten. De onafhankelijke instantie ontvangt dit advies zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen vier weken na de adviesaanvraag.

11.2. *Klachten over formulieren van de maatschappij*

11.2.1. Klachten over door de maatschappij gehanteerde formulieren kunnen aan de maatschappij worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven. Het is ook mogelijk een klachtenformulier te downloaden via www.siz.nl.

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

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

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

Artikel 12. Verzekerde prestaties

- 12.1. De verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.
- 12.2. De kosten worden vergoed 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. Verder worden op de vergoeding ook in mindering gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.
- 12.3. Als de verzekerde gebruik maakt van zorg die door een door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan zijn met de betreffende zorgaanbieder tarieven afgesproken die naar Nederlandse marktomstandigheden passend te achten zijn, zodat daarvoor geen bedragen in mindering gebracht behoeven te worden.
- 12.4. De maatschappij heeft het recht om de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde op grond van artikel 12.1, 12.2 en 12.3 ten aanzien van de maatschappij aan-

spraak kan maken, rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder, die de zorg heeft verleend. Hiermee vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.

- 12.5. Als de maatschappij rechtstreeks aan zorgaanbieders kosten van zorg betaalt, en deze kosten vallen onder het met de verzekeringnemer overeengekomen eigen risico of de kosten van zorg komen anderszins voor rekening van de verzekeringnemer op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, is de verzekerde de kosten verschuldigd aan de maatschappij. De maatschappij brengt deze kosten in rekening bij de verzekeringnemer, die zich verplicht tot betaling. Onverminderd de algemene verrekeningsbevoegdheid van de maatschappij kan deze de hiervoor genoemde kosten verrekenen met de aan de verzekeringnemer of verzekerde verschuldigde bedragen.
- 12.6. Als bij bepaalde vormen van zorg een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel.

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

Als de verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en er is voor de betreffende zorgvorm een machtiging vereist, dan dient de verzekerde zorg te dragen voor de machtigingsaanvraag. Een verwijzing en/of machtiging is niet noodzakelijk als er sprake is van spoedeisende zorg.

Geneeskundige zorg

Artikel 13. Huisartsenzorg

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

Door: huisarts.

Bijzonderheden:

1. de zorg omvat niet het vaccineren voor grieppreventie;
2. onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt ook 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;
 - een transmurale DBC.

Artikel 14. Verloskundige zorg

- Omschrijving:
- vergoeding van de kosten van verloskundige zorg zoals verloskundigen deze plegen te bieden, inclusief het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt. Deze zorg omvat tevens het Structurele Echoscopische Onderzoek (SEO), oftewel een tweedetrimesterecho voor alle zwangeren en de combinatietest (nekplooiemeting en serumtest) voor zwangeren van 36 jaar en ouder of met een medische indicatie.

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

Bijzonderheden:

als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt, zonder dat dit 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 vergoeding van de kosten van kraamzorg is geregeld in artikel 32, Kraamzorg, en;
- komt het verschil tussen het tarief van het ziekenhuis en het bedrag genoemd in de Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering voor rekening van de verzekerde. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl.

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

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

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

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

Door: medisch specialist.

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

Machtiging: ja.

Bijzonderheden:

1. onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt ook verstaan verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg;
2. de voor de niet-klinische haemodialyse benodigde apparatuur valt onder hulpmiddelenzorg. De aanspraak op vergoeding van de kosten van hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 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 vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg die wordt verricht door een huisarts, zie artikel 13, Huisartsenzorg.

Artikel 16. Revalidatie

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

treffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;

- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

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

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 17. Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving: vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan de verzekerde zal het onderzoek ook omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde. Aan hen kan dan ook adviesing plaatsvinden.

Door: centrum voor erfelijkheidsadvies.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

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

18.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

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

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

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

Door: gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijzing door: gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden:

1. een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatie-behandeling worden gelijkgesteld aan een IVF-poging;
2. onder een gerealiseerde zwangerschap, wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dat is een zwangerschap van ten minste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie;
3. voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen die verband houden met de eerste, tweede en derde poging in-vitrofertilisatie (IVF), zie artikel 28, Geneesmiddelen.

18.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving: vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige 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 (vergoeding van de kosten van) geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid.

Artikel 19. Audiologische zorg

Omschrijving: vergoeding van de kosten van 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 hoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

Door: audiologisch centrum.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

de aanspraak op vergoeding van de kosten van hoorapparatuur is geregeld in artikel 30, Hulpmiddelenzorg.

Artikel 20. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving: vergoeding van de kosten van 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 gehemeltespelten, 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 vergoeding van de kosten van:

- a. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. 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: vergoeding van de kosten van 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 opneming;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opneming 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 donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten.

Door: medisch specialist.

Paramedische Zorg

Artikel 22. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

22.1. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar

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

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

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

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

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

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

Bijzonderheden:

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

22.2. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving: vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen.
Onder de in dit artikel genoemde zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

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

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden:

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

Artikel 23. Logopedie

Omschrijving: vergoeding van de kosten van zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Door: logopedist.

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

Bijzonderheden:

met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor musici;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

Artikel 24. Ergotherapie

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

Door: ergotherapeut.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 25. Dieetadvisering

Omschrijving: vergoeding van de kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot ten hoogste 4 behandeluren 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: vergoeding van de kosten van 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, als het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, of omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
13. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
14. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Door: tandarts of kaakchirurg.

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

26.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

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

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

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

Orthodontische hulp is slechts begrepen onder de zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1 tot en met 3, ingeval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groei- of

van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mede-diagnostiek 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: vergoeding van de kosten van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbijbehorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat. Onder chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt begrepen de tandheelkundige hulp die wordt verleend door een tandarts met een registratie voor mondziekten en kaakchirurgie.

Door: kaakchirurg.

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

Artikel 27. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving: vergoeding van de kosten van 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.

Artikel 28. Geneesmiddelen

- Omschrijving: vergoeding van de kosten van aflevering van:
- de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voorzover deze zijn aangewezen door de maatschappij;
 - andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, als het rationele farmacotherapie betreft.

Per voorschrift heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen voor een periode zoals vastgesteld in het Reglement farmaceutische zorg SIZ 2007.

Geleverd door: apotheker of apothekhoudend huisarts. De apothekhoudend huisarts mag alleen geneesmiddelen leveren aan verzekerden die op zijn naam zijn ingeschreven bij de maatschappij op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening.

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

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

Bijzonderheden:

- de maatschappij heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van het door de maatschappij aangewezen geregistreerde geneesmiddel. De verzekerde heeft in dat geval slechts aanspraak op vergoeding van de kosten van het door de maatschappij aangewezen geneesmiddel, tenzij behandeling met het aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. De aanwijzing van deze geneesmiddelen door de maatschappij geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen als bedoeld in het Besluit zorgverzekering, artikel 2.8, lid 1, ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Deze aanwijzing vindt plaats volgens de bepalingen van het Reglement farmaceutische zorg SIZ 2007. Een overzicht van de door de maatschappij aangewezen geneesmiddelen is ook opgenomen in dit Reglement. Het Reglement farmaceutische zorg SIZ 2007 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
- bij de Regeling zorgverzekering worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Ook wordt voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen een vergoedingslimiet vastgesteld. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
- de verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, als de inkoopprijs hoger is dan de door de Minister vastgestelde vergoedingslimiet. Een ei-

gen bijdrage wordt ook betaald voorzover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij Regeling zorgverzekering wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend;

- farmaceutische zorg omvat geen:
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - geneesmiddelen ingeval van ziekerisico 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: vergoeding van de kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Aanspraak op vergoeding van de kosten van deze dieetpreparaten bestaat als er sprake is van:

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

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: diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden:

farmaceutische zorg omvat geen farmaceutische zorg in de bij Regeling zorgverzekering, bijlage 2, indicaties, aangegeven gevallen.

Hulpmiddelenzorg

Artikel 30. Hulpmiddelenzorg

Omschrijving: vergoeding van de kosten van bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen SIZ 2007 zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Daarbij kan ook worden bepaald dat de verzekerde, in plaats van de vergoeding van de kosten, aanspraak heeft op de verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen. Voor de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak worden gemaakt op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden zoals opgenomen in het Reglement hulpmiddelen SIZ 2007.

Eigen bijdrage: volgens de genoemde Regeling zorgverzekering.

Voorschrift: zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen SIZ 2007.

Machtiging: zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen SIZ 2007.

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 2007 maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl.

Verblijf in een instelling

Artikel 31. Verblijf

Omschrijving: vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer 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, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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: vergoeding van de kosten van verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Aanspraak op vergoeding van de kosten van kraamzorg bestaat als en zolang er 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 ten minste 24 uur tot ten hoogste 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen. Indicatiestelling 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. als er bij combinatievormen van zorg door meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kosten in rekening worden gebracht, dan bestaat ook aanspraak op vergoeding van de kosten van deze dubbele dag volgens bovengenoemde regeling;
4. aanmelding voor kraamzorg bij de maatschappij via www.siz.nl of IZA Kraamzorg, telefoonnummer: 0900 - 899 85 00 dient uiterlijk vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum plaats te vinden.

Artikel 33. Ambulancevervoer

Omschrijving:	vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis: <ol style="list-style-type: none">naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de SIZ Standaardverzekering komen;naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 2, naar:<ol style="list-style-type: none">een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;naar zijn woning of een andere woning, als hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, als hij van een van de personen of instelling komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1, 2 of 3.
Door:	vergunninghoudende ambulancevervoerder.
Voorschrift:	huisarts, verloskundige of medisch specialist. Voorschrift is niet noodzakelijk in spoedgevallen.
Bijzonderheden:	als de maatschappij toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 34. Zittend ziekenvervoer

Omschrijving:	vergoeding van de kosten van ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 33, Ambulancevervoer, of vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van de verzekerde over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer: <ol style="list-style-type: none">naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de SIZ Standaardverzekering komen;naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
---------------	---

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

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

Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van de volgende situaties:

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

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

Door:	taxivervoerder, als de aanspraak ziekenvervoer per taxi is.
Eigen bijdrage:	volgens de in artikel 2.16 van het Besluit zorgverzekering bedoelde Regeling zorgverzekering.
Voorschrift:	huisarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.
Machtiging:	ja.
Bijzonderheden:	<ol style="list-style-type: none">als de maatschappij toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet;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 als er sprake is van een lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de SIZ Standaardverzekering. Als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kan de verzekerde een beroep doen op de afdeling Wachtlijstbemiddeling van de maatschappij. De maatschappij bekijkt samen met de verzekerde welke mogelijkheden er zijn.