



Verzekeringsvoorwaarden

SIZ Aanvullende Verzekering 2011

Ingangsdatum: 1 januari 2011

Belangrijke telefoonnummers en adressen

Klantenservice:	0900 - 8019 (lokaal tarief)
Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders:	0900 - 8019 (lokaal tarief) Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders is te raadplegen in de zorggids via www.siz.nl
SIZ Hulpdienst:	+31 50 526 79 99 (+= internationaal toegangsnummer)
IZA Kraamzorg:	0900 - 899 85 00 (€ 0,10/min)
Vervoer:	opvragen Formulier Verklaring Zittend Ziekenvervoer: 0900 - 8019 (lokaal tarief)
Zorgadvies en bemiddeling:	0900 - 8019 (lokaal tarief)
Aanvragen toestemming:	U kunt uw aanvraag voor een behandeling sturen naar: Zorgverzekeraar SIZ Postbus 25150 5600 RS Eindhoven

U kunt informatie over uw SIZ Aanvullende verzekering ook vinden op www.siz.nl

Inhoudsopgave

I	ALGEMEEN GEDEELTE	4	Verblijf	20	
Artikel 1.	Algemene bepalingen	4	Artikel 24.	Herstellingsoord of zorghotel	20
Artikel 2.	Premie	7	Artikel 25.	Therapeutisch vakantiecamp voor verzekerden jonger dan 18 jaar	20
Artikel 3.	Overige verplichtingen	8	Artikel 26.	Kuuroord	20
Artikel 4.	Wijziging premie en voorwaarden	8	Artikel 27.	Logieskosten	21
Artikel 5.	Begin, duur en beëindiging	8	Artikel 28.	Gastenverblijf	21
Artikel 6.	Uitsluitingen	9	Artikel 29.	Hospice	21
Artikel 7.	Klachten en geschillen	10			
Artikel 8.	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	10	Preventie	21	
II	ZORGARTIKELEN SIZ AANVULLENDE VERZEKERING BUDGET/ACCENT/ PLUS/ACTIEF	11	Artikel 30.	Preventieve cursussen en voorlichting	21
Geneeskundige zorg	11		Artikel 31.	Sportgeneeskunde	22
Artikel 1.	Verloskundige zorg en kraamzorg	11	Artikel 32.	Zorg door een overgangsconsulent	22
Artikel 2.	Medisch specialistische zorg	12	Artikel 33.	Griepvaccinatie	22
Artikel 3.	Plastische chirurgie	12	Artikel 34.	Gezondheidstest	23
Alternatieve Zorg	13		Psychologische Zorg	23	
Artikel 4.	Alternatieve zorg	13	Artikel 35.	Eerstelijnspsychologische zorg	23
Artikel 5.	Alternatieve geneesmiddelen	14	Artikel 36.	Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker	23
Paramedische zorg	14		Vervoer	24	
Artikel 6.	Dieetadvisering	14	Artikel 37.	Vervoer in verband met transplantatie van organen	24
Artikel 7.	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	14	Buitenland	24	
Artikel 8.	Stottertherapie	16	Artikel 38.	Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf	24
Huidbehandelingen	16		Artikel 39.	Repatriëring	25
Artikel 9.	Acnebehandeling	16	Artikel 40.	Vaccinatie	25
Artikel 10.	Camouflagetherapie	16	Tandheelkundige Zorg	25	
Artikel 11.	Epilatie	16	Artikel 41.	Preventieve en curatieve tandheelkundige zorg	25
Artikel 12.	Psoriasisbehandeling	17	Artikel 42.	Gnathologie	26
Voetbehandelingen	17		Artikel 43.	Prothetische voorzieningen	27
Artikel 13.	Podotherapie	17	Artikel 44.	Implantologie in de niet-tandeloze kaak	28
Farmaceutische zorg	17		Artikel 45.	Inlays, kronen en bruggen	28
Artikel 14.	Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar	17	Artikel 46.	Restauraties door middel van niet-plastische materialen	28
Artikel 15.	Eigen bijdrage geneesmiddelen	18	Artikel 47.	Orthodontische zorg	29
Artikel 16.	Vitamines	18	Verzuim	29	
Hulpmiddelen	18		Artikel 48.	Huishoudelijke ondersteuning bij ziekte van verzekerde of partner	29
Artikel 17.	Brilmontuur, brillenglazen en contactlenzen	18	Artikel 49.	Taxivervoer	30
Artikel 18.	Mobiliteitshulpmiddelen	18	III	BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	31
Artikel 19.	Pruiken	19			
Artikel 20.	Supphosekousen	19			
Artikel 21.	Steunpessarium	19			
Artikel 22.	Steunzolen en therapiezolen	19			
Artikel 23.	Wekapparatuur/plaswetter	20			

I Algemeen gedeelte

ARTIKEL 1. ALGEMENE BEPALINGEN

1.1. Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u de zorgverzekeraar schriftelijk hebt doorgegeven.

Na het sluiten van de SIZ Aanvullende verzekering, ontvangt u van de zorgverzekeraar zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende pakketten van de SIZ Aanvullende Verzekering:

- Budget;
- Accent;
- Plus;
- Actief.

Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) en aanvullende verzekering(en) vermeld.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, is hoofdstuk I op alle pakketten van toepassing.

De SIZ Aanvullende Verzekering Actief is van toepassing als en zolang dit in de collectieve overeenkomst is vastgelegd.

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van deze voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten: Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering; Regeling zorgverzekering; Het Clausuleblad terrorismedekking.

Deze documenten kunt u vinden op de website van de zorgverzekeraar en ook telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand

van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de SIZ Aanvullende verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de SIZ Aanvullende verzekering.

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.

1.4. Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek verricht de verzekeraar overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U hebt ook geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). De zorgverzekeraar vordert uitkeerde vergoedingen bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat de zorgverzekeraar uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger registreert in het UVIT-Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

Ook kan de zorgverzekeraar uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).

De zorgverzekeraar kan van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude heeft tot gevolg dat de zorgverzekeraar uw verzekeringsovereenkomst beëindigt en dat VGZ gedurende een periode van vijf jaar kan weigeren een nieuwe (zorg)verzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) en binnen de Univé organisatie lopende (schade)verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen schadeverzekeringen binnen 'Univé-VGZ-IZA-Trias' sluiten. Onder deze schadeverzekeringen vallen ook de aanvullende zorgverzekering(en).

De zorgverzekeraar kan de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

1.5. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

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

De exacte definities en bepalingen voor de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

- 1.5.2. Als na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, hebt u in aanvulling op de prestaties, bedoeld in lid 1.12.1, recht op prestaties van een bij Regeling zorgverzekering, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering, te bepalen omvang.

1.6. Bescherming persoonsgegevens

De zorgverzekeraar neemt uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in de persoonsregistratie

van de zorgverzekeraar. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op www.siz.nl of telefonisch opvragen.

Vanaf de ingangsdatum van de SIZ Aanvullende verzekering mag de zorgverzekeraar:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als hij dit nodig vindt om de verplichtingen uit de zorgverzekering te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. De zorgverzekeraar zal in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

De zorgverzekeraar neemt hierbij de privacywetgeving in acht. Het kan zijn dat wij ten behoeve van de veiligheid en integriteit van de financiële sector uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is hierop van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl.

Als de zorgverzekeraar uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt uw SIZ Aanvullende verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

1.7. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij de zorgverzekeraar bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

1.8. Vergoeding van (de kosten van) zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als u gebruik maakt van zorg die door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betreffende zorgaanbieders overeengekomen tarief.

Veel zorgaanbieders sturen de zorgverzekeraar de nota's rechtstreeks. De zorgverzekeraar heeft het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Als de zorgverzekeraar rechtstreeks betaalt aan de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar vergoedt meer dan waartoe deze gehouden is ten opzichte van u of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengt de zorgverzekeraar later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. De zorgverzekeraar kan deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

Als u zelf een nota ontvangt, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar de zorgverzekeraar opsturen: geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat de zorgverzekeraar er zonder verdere navraag uit op kan maken tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. De zorgverzekeraar kan bepalen dat vergoeding eerst plaatsvindt, nadat betaling van de nota door de verzekerde is aangetoond. U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

Wanneer kosten zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden in rekening worden gebracht door een partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid van de patiënt, wordt voor deze kosten geen vergoeding verleend, tenzij door de zorgverzekeraar vooraf een machtiging is verleend omdat de zorgverzekeraar van oordeel is dat afwijking hiervan gerechtvaardigd is.

1.9. Vereisten zorgaanbieder

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts en gezondheidspsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor de zorgverzekeraar aanvullende voorwaarden heeft gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Een overzicht van door de zorgverzekeraar gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u raadplegen via de website of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voor in

deze voorwaarden. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel. Met sommige leveranciers heeft de zorgverzekeraar specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn de voorkeursleveranciers van de zorgverzekeraar. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers is dit in het betreffende zorgartikel vermeld.

1.10. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op zorg. U kunt dit in het betreffende zorgartikel terugvinden. Als een verwijzing of voorschrift nodig is, kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die in het artikel wordt genoemd. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

Als toestemming nodig is, hebt u voor de zorg voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar een contract heeft gesloten?

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, beoordeelt hij voor de zorgverzekeraar of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige zorgvormen is afgesproken dat de zorgverzekeraar zelf de aanvraag beoordeelt. In dat geval stuurt de zorgaanbieder de aanvraag door naar de zorgverzekeraar. Als u om privacyoverwegingen uw aanvraag niet door uw zorgaanbieder wilt laten afhandelen, dan kunt u uw aanvraag ook rechtstreeks bij de zorgverzekeraar indienen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen contract heeft?

Als u gebruik maakt van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet u zelf bij de zorgverzekeraar toestemming aanvragen.

1.11. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias' en behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

1.12. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

1.11. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 2. PREMIE

2.1. Verschuldigheid van premie

U bent als verzekeringnemer premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18^e verjaardag geen premie verschuldigd.

2.2. Collectieve overeenkomst

2.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premie.

2.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.

2.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

2.3. Betaling van premie

2.3.1. U bent als verzekeringnemer verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingkorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

2.3.2. De zorgverzekeraar brengt voor betaling per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening.

2.3.3. Een door u als verzekeringnemer afgegeven machtiging voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen bijdragen, eigen risico en overige kosten. Het

automatisch te incasseren bedrag voor eigen bijdragen, eigen risico en overige kosten is gemaximeerd tot € 250,- per maand. Voor bedragen boven de € 250,- stuurt de zorgverzekeraar u een acceptgiro. De zorgverzekeraar kan ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen zonder dat hieraan voor u extra kosten zijn verbonden.

2.4. Vordering

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van de zorgverzekeraar te ontvangen bedrag.

2.5. Overlijden

Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekent de zorgverzekeraar de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

2.6. Niet tijdig betalen

2.6.1. Als u als verzekeringnemer de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet tijdig betaalt, stuurt de zorgverzekeraar u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kan de zorgverzekeraar de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgende op de dag waarop de zorgverzekeraar het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten heeft ontvangen. De zorgverzekeraar heeft het recht bij niet tijdige betaling de SIZ Aanvullende verzekering te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

2.6.2. De zorgverzekeraar kan administratiekosten, (buiten)gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u als verzekeringnemer in rekening brengen.

2.6.3. Als u als verzekeringnemer al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft de zorgverzekeraar bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

2.6.4. De zorgverzekeraar heeft het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van de zorgverzekeraar te ontvangen bedragen.

- 2.6.5. Als de zorgverzekeraar de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigt, heeft de zorgverzekeraar het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

ARTIKEL 3. OVERIGE VERPLICHTINGEN

3.1. Verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar;
- medewerking te verlenen aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of medewerkers, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de SIZ Aanvullende verzekering;
- de zorgverzekeraar te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en de zorgverzekeraar in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de zorgverzekeraar. U moet zich onthouden van handelingen waardoor de zorgverzekeraar kan worden geschaad;
- de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, draagt de zorgverzekeraar geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en de belangen van de zorgverzekeraar worden hierdoor geschaad, kan de zorgverzekeraar uw recht op de verzekerde zorg schorsen.

ARTIKEL 4. WIJZIGING PREMIE EN VOORWAARDEN

4.1. Wijziging voorwaarden

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden en premie van de SIZ Aanvullende verzekering op elk moment te wijzigen. De zorgverzekeraar zal u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum.

4.2. Opzeggingsrecht

Als de zorgverzekeraar de voorwaarden en/of premie van de SIZ Aanvullende verzekering in uw nadeel wijzigt, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zorgverzekeringswet gestelde regels.

ARTIKEL 5. BEGIN, DUUR EN BEËINDIGING

5.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de SIZ Aanvullende verzekering aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering stilzwijgend verlengd, steeds voor de periode van een kalenderjaar. Als u bij de zorgverzekeraar een zorgverzekering aanvraagt, geeft u de zorgverzekeraar toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvullende verzekering(en) niet opgezegd moet(en) worden, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

5.2. Wijziging pakket

De verzekeringnemer kan een pakket steeds per 1 januari wijzigen in een ander pakket. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan de zorgverzekeraar doorgeven. Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van aanvullende verzekering binnen Zorgverzekeraar Univé-VGZ-Trias.

5.3. Einde van rechtswege

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

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden;
- de verzekerde overlijdt.

- De SIZ Aanvullende verzekering Actief eindigt op het moment waarop deelname aan de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering niet meer mogelijk is.

U als verzekeringnemer bent verplicht de zorgverzekeraar zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of omstandigheden die tot het einde van de verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet-tijdig meedeelt en de zorgverzekeraar daardoor kosten van zorg betaalt aan een zorgaanbieder, zal de zorgverzekeraar deze kosten bij u terugvorderen.

Als de zorgverzekeraar vaststelt dat de SIZ verzekeringsovereenkomst is geëindigd, stuurt hij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

5.4. Wanneer kunt u de SIZ Aanvullende verzekering opzeggen?

5.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de verzekeringsovereenkomst schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat de zorgverzekeraar uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar heeft ontvangen.

5.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de verzekeringsovereenkomst tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 4.2;
- tegelijk met het beëindigen van de SIZ Standaardverzekering, variant Natura/ SIZ Standaardverzekering, variant Restitutie.

5.4.3. U kunt de verzekeringsovereenkomst niet opzeggen als er sprake is van een betalingsachterstand en de zorgverzekeraar u hiervoor een aanmaning heeft gestuurd.

5.5. Opzegging, ontbinding of schorsing door de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar kan de SIZ Aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 2.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 1.4);
- bij het opzettelijk niet, niet-volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of stukken aan de zorgverzekeraar die tot nadeel voor de zorgverzekeraar (kunnen) leiden;

- als u hebt gehandeld met het opzet de zorgverzekeraar te misleiden of als de zorgverzekeraar geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In dat geval kan de zorgverzekeraar binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de SIZ Aanvullende verzekering opzeggen. De zorgverzekeraar is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kan de uitkering verminderen. De zorgverzekeraar kan de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

ARTIKEL 6. UITSLUITINGEN

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van kosten veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de zorgverzekeraar door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, als u voor deze wet verzekerd was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij de zorgverzekeraar niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. De zorgverzekeraar hanteert het convenant Samenloop zorgverzekeringen/ reisverzekeringen. U kunt het convenant vinden op de website van de zorgverzekeraar;

- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van de zorgverzekeraar;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerterij, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

ARTIKEL 7. KLACHTEN EN GESCHILLEN

7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

7.1.1. U kunt er van uit gaan dat de zorgverzekeraar alles rond uw zorgverzekering goed regelt. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. De zorgverzekeraar staat open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via www.siz.nl. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht.

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waar u ontevreden over bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt ze namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

7.1.2. U ontvangt van de zorgverzekeraar binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar

7.2.1. Vindt u een formulier van de zorgverzekeraar overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via www.siz.nl.

7.1.2. U ontvangt van de zorgverzekeraar binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of

ARTIKEL 8. ZORG- EN WACHTLIJST-BEMIDDELING

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de SIZ Aanvullende verzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op de afdeling Zorgadvies en bemiddeling van de zorgverzekeraar.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. De zorgverzekeraar bekijkt samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet tijdig kan worden geleverd, mag u gebruik maken van een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoedt de zorgverzekeraar tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

II Zorgartikelen SIZ Aanvullende verzekering Budget/Accent/Plus/Actief

GENEESKUNDIGE ZORG

ARTIKEL 1. VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG

1.1. Verloskundige zorg

Omschrijving:

de kosten die voor rekening van de verzekerde komen in verband met een (poli)klinische bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis. Het betreft hier het verschil tussen het tarief dat het ziekenhuis in rekening brengt en het bedrag zoals genoemd in de Regeling zorgverzekering.

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Bijzonderheden:

recht op vergoeding bestaat uitsluitend in die gevallen waarin de verzekerde aanspraak op de zorg heeft op grond van de zorgverzekering.

1.2. Kraampakket

Omschrijving:

een door SIZ, in overleg met verloskundigen samengesteld kraampakket. Naast de gebruikelijke zaken die in een kraampakket zitten ontvangt u een speciale attentie.

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Bijzonderheden:

u kunt het kraampakket aanvragen via IZA Kraamzorgservice, telefoonnummer 0900 - 899 85 00 (€ 0,10 per minuut).

1.3. Nazorg moeder

Omschrijving:

ondersteuning en verzorging van de moeder die vanwege medische complicaties, ontstaan tijdens of na de bevalling, binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke ondersteuning en advisering

over de omgang met het kind heeft kunnen ontvangen. Deze zorg wordt geboden aansluitend aan de 10e dag gerekend vanaf de dag van de bevalling. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum.

Door:

kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
Accent	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
Plus	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
Actief	geen vergoeding

1.4. Nazorg pasgeborene

Omschrijving:

de noodzakelijke ondersteuning en advisering van de moeder over de verzorging van en de omgang met het kind. Het gaat hierbij om nazorg bij ontslag van het kind uit het ziekenhuis na de 10e dag na de geboorte, waarbij de medische situatie in het ziekenhuis zodanig was dat de moeder geen begeleiding heeft kunnen ontvangen met betrekking tot de verzorging van haar kind. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum.

Door:

kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
Accent	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
Plus	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
Actief	geen vergoeding

ARTIKEL 2. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

2.1. Circumcisie

Omschrijving:

medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis) in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum, besnijdeniscentrum of huisartsenpraktijk.

Door:

medisch specialist of huisarts met wie de zorgverzekeraar daartoe afspraken heeft gemaakt.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

ja, met toelichting van de uroloog of huisarts.

2.2. Sterilisatie

Omschrijving:

sterilisatie in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of huisartsenpraktijk.

Door:

medisch specialist of -als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat- een bevoegd huisarts.

Vergoeding:

Budget	sterilisatie van de man: maximaal € 800,- Sterilisatie van de vrouw: maximaal € 1.250,-
Accent	sterilisatie van de man: maximaal € 800,- Sterilisatie van de vrouw: maximaal € 1.250,-
Plus	sterilisatie van de man: maximaal € 800,- Sterilisatie van de vrouw: maximaal € 1.250,-
Actief	geen vergoeding

ARTIKEL 3. PLASTISCHE CHIRURGIE

3.1. Correctie oorschelpen (kinderen)

Omschrijving:

behandeling van plastisch-chirurgische aard in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar.

Door:

medisch specialist.

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

ja, met toelichting van de plastisch chirurg of KNO-arts.

3.2. Plastische chirurgie (overig)

Omschrijving:

behandeling van plastisch-chirurgische aard in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Er dient sprake te zijn van een vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte, bij een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is of voor het opheffen van objectieveerbare functiestoornissen. Het gaat hierbij om de volgende zaken:

1. uitstaande oorschelpen bij verzekerden tot 18 jaar;
2. verlamde of verslakte bovenoogleden, welke gepaard gaan met aantoonbare beperkingen van het gezichtsveld;
3. buikwandcorrectie indien sprake is van een overhangende buikhuidplooi waarbij de diepte van de plooi – aan de binnenzijde gemeten – 6 centimeter of meer bedraagt en waarbij smetten aanneemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte ($BMI \leq 30$);
4. borstcorrectie ingeval van:
 - plaatsing van borstprothesen als er in aanleg geen borstweefsel is;
 - wisseling van de borstprothese vanwege lekkage of ernstige kapselvorming.

Door:
medisch specialist.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Verwijzing door:
huisarts of medisch specialist.

Toestemming:
ja, met toelichting van de plastisch chirurg of KNO-arts.

Bijzonderheden:
kosten die ten laste van de zorgverzekering of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering kunnen of hadden kunnen worden gebracht, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3.3. Plastische chirurgie (bijzondere medische omstandigheden)

Omschrijving:
behandeling van plastisch-chirurgische aard in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Er dient sprake te zijn van bijzondere medische omstandigheden of psychosomatische noodzaak. Het gaat hierbij om medische zaken die niet genoemd zijn onder plastische chirurgie (overig).

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	50%
Plus	50%
Actief	geen vergoeding

Verwijzing door:
huisarts of medisch specialist.

Toestemming:
ja, met toelichting van de plastisch chirurg of KNO-arts.

Bijzonderheden:
kosten die ten laste van de zorgverzekering of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering kunnen of hadden kunnen worden gebracht, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

ALTERNATIEVE ZORG

ARTIKEL 4. ALTERNATIEVE ZORG

Omschrijving:

onder alternatieve zorg wordt verstaan consulten en/of behandelingen door:

- 4.A.** - een arts, niet zijnde een huisarts of een medisch specialist;
- een acupuncturist;
 - een klassiek homeopaat;
 - een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder van wie de consulten en behandelingen vallen onder de volgende stromingen*:
- acupunctuur en andere oosterse geneeswijzen
 - antroposofie
 - homeopathie
 - natuurgeneeswijzen
 - psychosociale zorg
 - alternatieve beweegzorg.

De acupuncturisten, klassiek homeopaten en aangewezen zorgaanbieders moeten opgenomen zijn in de zorggids. De zorggids is raadpleegbaar via www.siz.nl of bel 0900 - 8019 (lokaal tarief). Uitsluitend de in de zorggids vermelde acupuncturist, klassiek homeopaat en aangewezen zorgaanbieder komt voor vergoeding in aanmerking. Chiropractie en osteopathie komen op grond van artikel 4.A. niet voor vergoeding in aanmerking. Voor chiropractie en osteopathie gelden de vergoedingen van artikel 4.B. en 4.C.

Vergoeding:

Budget	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Accent	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Plus	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

4.B. een chiropractor die is opgenomen in de zorggids van de zorgverzekeraar. De zorggids is raadpleegbaar via de website www.siz.nl of bel 0900 - 8019 (lokaal tarief).

*Vergoeding van een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder geldt alleen voor Accent en Plus. Zie de zorggids via www.siz.nl of bel 0900 - 8019 (lokaal tarief).

Vergoeding:

Budget	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Accent	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Plus	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

4.C. een osteopaat die is opgenomen in de zorggids van de zorgverzekeraar. De zorggids is raadpleegbaar via de website www.siz.nl of bel 0900 - 8019 (lokaal tarief).

Vergoeding:

Budget	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Accent	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Plus	€ 29,- per behandeling, tot ten hoogste € 290,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

ARTIKEL 5. ALTERNATIEVE GENEESMIDDELEN**Omschrijving:**

geneesmiddelen die voldoen aan alle van de volgende afzonderlijke punten:

- geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt;
- geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door een osteopaat, chiropractor, acupuncturist, klassiek homeopaat, arts, behandelend medisch specialist, kaakchirurg, tandarts of verloskundige;
- geneesmiddelen die ter hand gesteld zijn door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 262,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 262,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 262,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

PARAMEDISCHE ZORG**ARTIKEL 6. DIEETADVISING****Omschrijving:**

voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden.

Door:

diëtist.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	geen vergoeding
Actief	ten hoogste 4 behandelingen per kalenderjaar

ARTIKEL 7. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR/MENSENDIECK**7.1. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/ Mensendieck voor verzekerden jonger dan 18 jaar****Omschrijving:**

zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Hieronder wordt ook begrepen groepstherapie.

Door:

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

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 400,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 600,- per kalenderjaar
Actief	ten hoogste € 1.000,- per kalenderjaar

als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder:

1. met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten: volledig tot de hiervoor genoemde bedragen;
2. met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten: ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de lijst maximale vergoedingen niet gecontracteerde zorgaanbieders SIZ 2011 tot de hiervoor genoemde bedragen.

Bijzonderheden:

1. recht op aanspraak (kinder)fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck bestaat vanaf de 19e behandeling. De eerste 18 behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
2. als het een aandoening betreft volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering dan vindt vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
3. de lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders SIZ 2011 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
4. 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;
5. manuele therapie volgens de methode Van der Bijl wordt vergoed tot ten hoogste 9 consulten met een maximum vergoeding van € 25,- per consult;
6. als op grond van de SIZ Aanvullende verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor bovengenoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende verzekering Accent en Plus;
7. een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.siz.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door de zorgverzekeraar is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 0900 - 8019 (lokaal tarief).

7.2. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving:

zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Hieronder wordt ook begrepen groepstherapie.

Door:

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

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 400,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 600,- per kalenderjaar
Actief	ten hoogste € 1.000,- per kalenderjaar

als de behandeling wordt verzorgd door een zorgaanbieder:

1. met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten: volledig tot de hiervoor genoemde bedragen;
2. met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten: ten hoogste de tarieven zoals genoemd in lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders SIZ 2011 tot de hiervoor genoemde bedragen.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten dan is een verwijzing niet noodzakelijk.

Toestemming:

ja, als het behandeling betreft van een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Als u gebruik maakt van een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten dan verzorgt deze de machtigingsaanvraag voor u.

Bijzonderheden:

1. als het een aandoening betreft volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering dan worden de eerste 12 behandelingen vergoed tot ten hoogste het onder vergoeding genoemde bedrag. Vanaf de 13e behandeling vindt vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
2. de lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders SIZ 2011 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.siz.nl;
3. 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;
4. als op grond van de SIZ Aanvullende verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor bovengenoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende verzekering Accent en Plus;
5. manuele therapie volgens de methode Van der Bijl wordt vergoed tot ten hoogste 9 consulten met een maximum vergoeding van € 25,- per consult;
6. een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.siz.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door de zorgverzekeraar is ook telefonisch op te vragen via telefoonnummer: 0900 - 8019 (lokaal tarief).

ARTIKEL 8. STOTTERTHERAPIE

Omschrijving:

stottertherapie volgens de methode BOMA, Del Ferro, Hausdörfer of McGuire.

Door:

instituut dat zich specifiek heeft toegelegd op de in de omschrijving genoemde methodes.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 420,- voor de gehele looptijd van de verzekering
Accent	ten hoogste € 420,- voor de gehele looptijd van de verzekering
Plus	ten hoogste € 420,- voor de gehele looptijd van de verzekering
Actief	geen vergoeding

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

ja.

HUIDBEHANDELINGEN

ARTIKEL 9. ACNEBEHANDELING

Omschrijving:

Acnebehandeling en de behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 26,40 per behandeling voor ten hoogste 15 behandelingen per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 26,40 per behandeling voor ten hoogste 15 behandelingen per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 26,40 per behandeling voor ten hoogste 15 behandelingen per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Indicatie:

ernstige vorm van acne.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 10. CAMOUFLAGETHERAPIE

Omschrijving:

behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, wijnvlekken en donkere of lichte vlekjes in de huid, inclusief de benodigde middelen.

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 170,- per 3 kalenderjaren
Accent	ten hoogste € 170,- per 3 kalenderjaren
Plus	ten hoogste € 170,- per 3 kalenderjaren
Actief	geen vergoeding

Indicatie:

ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 11. EPILATIE

Omschrijving:

behandeling gericht op het definitief verwijderen van storende haargroei in het gelaat.

Door:

huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 446,60 per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 446,60 per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 446,60 per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Indicatie:

extreme haargroei in het gelaat.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

ja.

ARTIKEL 12. PSORIASISBEHANDELING

Omschrijving:

behandeling gericht op het bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis door middel van balneotherapie.

Door:

dagbehandelingscentrum.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 39,- per behandeling tot maximaal 25 behandelingen per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 39,- per behandeling tot maximaal 25 behandelingen per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 39,- per behandeling tot maximaal 25 behandelingen per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Indicatie:

ernstige vorm van psoriasis.

Verwijzing door:

dermatoloog.

VOETBEHANDELINGEN

ARTIKEL 13. PODOTHERAPIE

Omschrijving:

1. podotherapie. Hieronder wordt verstaan behandelingen van voetafwijkingen, huid- en nagelaandoeningen, of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat die voortvloeien uit de voeten;
2. voetbehandeling voor verzekerden met diabetes mellitus, type I of II.

Door:

1. voor behandelingen onder omschrijving, punt 1: podotherapeut;
2. voor behandelingen onder omschrijving, punt 2: pedicure met het diploma medisch pedicure of met aantekening 'diabetesvoet'.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 117,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 117,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

voor vergoeding van de kosten van steunzolen, zie artikel 22. Steunzolen en therapiezolen.

FARMACEUTISCHE ZORG

ARTIKEL 14. ANTICONCEPTIEMIDDELEN VOOR VERZEKERDEN VANAF 21 JAAR

Omschrijving:

anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering verstrekt mogen worden, zoals de anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, een spiraaltje, ring of pessarium.

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel, zoals een spiraaltje, door de huisarts of medisch specialist vanuit de zorgverzekering.

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals de anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

Ter hand gesteld door:

apotheker of apothekhoudend huisarts.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en in het geneesmiddelenvergoedingssysteem
Plus	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en in het geneesmiddelenvergoedingssysteem
Actief	geen vergoeding

Voorschrift:

huisarts of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

ARTIKEL 15. EIGEN BIJDRAGE GENEESMIDDELEN**Omschrijving:**

Vergoeding per kalenderjaar voor eigen bijdragen die volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem verschuldigd zijn voor geneesmiddelen die worden vergoed door de zorgverzekering.

Ter hand gesteld door:

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	€ 200,-
Plus	€ 200,-
Actief	geen vergoeding

ARTIKEL 16. VITAMINES**Omschrijving:**

vitamines bij een chronische ziekte.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Indicatie:

chronische ziekte die gepaard gaat met een ernstig vitaminedekort.

Voorschrift:

medisch specialist.

Toestemming:

ja.

HULPMIDDELEN**ARTIKEL 17. BRILMONTUUR, BRILLENGLAZEN EN CONTACTLENZEN****Omschrijving:**

tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van een bril of contactlenzen op sterkte.

Vergoeding:

In een periode van twee kalenderjaren bestaat aanspraak op vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 96,-
Plus	ten hoogste € 193,-
Actief	geen vergoeding

Zorgverzekeraar SIZ heeft met een aantal opticienketens speciaal voor u aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij deze voorkeursaanbieders van de zorgverzekeraar uw bril en/of contactlenzen aan te schaffen dan levert u dat extra voordeel op. Zo kunt u voor hetzelfde geld een duurdere bril uitzoeken en krijgt u op uw contactlenzen een aantrekkelijk korting. Ga naar www.siz.nl voor meer informatie.

Bijzonderheden:

1. na een staaroperatie bestaat binnen de genoemde termijn eenmalig het recht op vergoeding van een extra gezichtshulpmiddel zoals hiervoor aangegeven;
2. voor kinderen tot en met 16 jaar bestaat ieder kalenderjaar aanspraak op deze vergoeding.

ARTIKEL 18. MOBILITEITSHULPMIDDELEN**Omschrijving:**

bruikleen of vergoeding van de kosten van aanschaf van een wandelstok 4-poot, looprek, rollator of krukken. Van bruikleen is sprake als de periode van gebruik korter is dan 26 weken. Gaat u het hulpmiddel langer dan 26 weken gebruiken, dan krijgt u het hulpmiddel in eigenaardom.

Door:

een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

Vergoeding:

1. Bij bruikleen of levering door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

U kunt de gecontracteerde zorgaanbieders vinden op de website van de zorgverzekeraar of telefonisch opvragen via 0900 - 8019 (lokaal tarief).

óf;

2. geleverd door een leverancier met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten:

Budget	geen vergoeding
Accent	€ 75,-
Plus	€ 75,-
Actief	geen vergoeding

Voorschrift:

u hebt een verwijfsbrief nodig van uw huisarts of behandelend medisch specialist voor aanschaf van het hulpmiddel.

ARTIKEL 19. PRUIKEN

Omschrijving:

een tegemoetkoming in de kosten die voor rekening van de verzekerde komen in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. Het betreft hier het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en het bedrag zoals genoemd in de Regeling zorgverzekering.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 300,-
Plus	ten hoogste € 300,-
Actief	geen vergoeding

ARTIKEL 20. SUPPHOSEKOUSSEN

Omschrijving:

steungevende, elastische kousen.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste 4 paar per kalenderjaar
Plus	ten hoogste 4 paar per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Voorschrift:

huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 21. STEUNPESSARIUM

Omschrijving:

een ringvormig instrument om bij liggingsafwijkingen of verzakkingen van de baarmoeder of vagina deze op de plaats te houden of te ondersteunen.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

Voorschrift:

behandelend arts.

ARTIKEL 22. STEUNZOLEN EN THERAPIEZOLEN

Omschrijving:

inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 192,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 192,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Voorschrift:

huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 23. WEKAPPARATUUR/PLASWEKKER

Omschrijving:

wekapparatuur of plaswekker voor kinderen vanaf 5 tot 12 jaar, inclusief de eventueel benodigde bandages.

Vergoeding:

- geleverd door Van Lent Systems BV in Oss, telefoonnummer 0412 - 64 06 90:

Budget	geen vergoeding
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

óf;

- geleverd door een leverancier met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten:

Budget	geen vergoeding
Accent	€ 50,-
Plus	€ 50,-
Actief	geen vergoeding

VERBLIJF

ARTIKEL 24. HERSTELLINGSOORD OF ZORGHOTEL

Omschrijving:

verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

- aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
- als uw mantelzorgver overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
- als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of "burn-out".

Door:

een door de zorgverzekeraar gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. U kunt de gecontracteerde zorgaanbieders vinden via www.siz.nl of telefonisch opvragen via 0900 - 8019 (lokaal tarief).

Vergoeding:

Budget	50% voor ten hoogste een periode van 6 weken
Accent	50% voor ten hoogste een periode van 6 weken
Plus	50% voor ten hoogste een periode van 6 weken
Actief	geen vergoeding

Voorschrift:

u hebt een voorschrift nodig van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of 'burn-out' (punt 3. onder de omschrijving).

Bijzonderheden:

als aanspraak bestaat op de in dit artikel genoemde zorg vanuit de AWBZ bestaat er geen aanspraak op grond van dit artikel.

ARTIKEL 25. THERAPEUTISCH VAKANTIEKAMP VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

Omschrijving:

verblijf in een van de volgende therapeutische vakantiecampen:

- vakantiecamp van Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- vakantiecamp van de Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- vakantiecamp van de Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen.

Vergoeding:

Budget	90% gedurende ten hoogste één maand
Accent	90% gedurende ten hoogste één maand
Plus	90% gedurende ten hoogste één maand
Actief	geen vergoeding

Toestemming:

ja.

ARTIKEL 26. KUUROORD

Omschrijving:

behandeling in een van de volgende kuuroorden:

- Thermaalbad Arcen in Arcen;
- Scandic Sanadome in Nijmegen;
- Kuurcentrum Fontana Bad in Nieuweschans;
- Thermae 2000 in Valkenburg (L);
- of in een kuuroord in Europa (niet zijnde Nederland).

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 910,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 910,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 910,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

Indicatie:

arthritis psoriatica, Morbus Bechterew, Morbus Forestier of reumatoïde arthritis.

Verwijzing door:

reumatoloog.

Toestemming:

ja.

Bijzonderheden:

kosten van verblijf in een kuuroord worden niet vergoed.

ARTIKEL 27. LOGIESKOSTEN

Omschrijving:

Verblijf in:

1. een logeershuis dat is verbonden aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonald-huis of een Kiwanishuis;
2. het gastenverblijf Ter Weijde, verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), bij opname of twee dagbehandelingen, die op aaneengesloten dagen plaatsvinden. Ook bestaat aanspraak op vergoeding van logieskosten van ten hoogste twee gezinsleden.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 18,- per dag
Accent	ten hoogste € 18,- per dag
Plus	ten hoogste € 18,- per dag
Actief	geen vergoeding

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat uitsluitend als aanspraak bestaat op opname of twee dagbehandelingen van de verzekerde in een ziekenhuis op grond van de zorgverzekering;
2. de afstand woon-/logeerplaats bedraagt ten minste 40 kilometer (enkele reis).

ARTIKEL 28. GASTENVERBLIJF

Omschrijving:

verblijf van de patiënt in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis of familiehuis AMCR Daniël den Hoed.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 45,50 per dag
Accent	ten hoogste € 45,50 per dag
Plus	ten hoogste € 45,50 per dag
Actief	geen vergoeding

ARTIKEL 29. HOSPICE

Omschrijving:

verblijf in een hospice voor terminale patiënten.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 131,60 per dag
Plus	ten hoogste € 131,60 per dag
Actief	geen vergoeding

PREVENTIE

ARTIKEL 30. PREVENTIEVE CURSUSSEN EN VOORLICHTING

Omschrijving:

1. cursussen en voorlichting die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen door verbetering van de huidige levensstijl, bijvoorbeeld cursussen gericht op de periode rondom zwangerschap, voeding of eerste hulp aan kinderen.
2. cursussen en voorlichting die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening, bijvoorbeeld leren omgaan met diabetes, reuma, fibromyalgie, astma, dementie.
3. beweegprogramma's voor verzekerden met een van de ziekten en/of aandoeningen diabetes, obesitas of COPD.
4. therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met een van de chronische aandoeningen reumatoïde arthritis, fibromyalgie, Bechterew of verzekerden met hartproblemen.

Door:

omschrijving, punt 1: thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of kraamcentrum;
 omschrijving, punt 2: thuiszorgorganisatie, GGD, RIAGG of patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP);
 omschrijving punt 3: voorkeursaanbieders;
 omschrijving punt 4: patiëntenvereniging van reuma-, Bechterew of hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 50,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 50,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 50,- per kalenderjaar
Actief	ten hoogste € 100,- per kalenderjaar

Bijzonderheden:

als op grond van de SIZ Aanvullende verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende verzekering Budget, Accent en Plus.

ARTIKEL 31. SPORTGENEESKUNDE

Omschrijving:

behandelingen, consulten en sport(duik)keuringen.

Door:

sportarts die werkzaam is in een sportmedische instelling.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 76,- per kalenderjaar
Accent	ten hoogste € 76,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 76,- per kalenderjaar
Actief	ten hoogste € 76,- per kalenderjaar

Bijzonderheden:

als op grond van de SIZ Aanvullende verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende verzekering Budget, Accent en Plus.

ARTIKEL 32. ZORG DOOR EEN OVERGANGS-CONSULENT

Omschrijving:

voorlichting aan en advisering en behandeling van vrouwen in de overgang.

Door:

overgangsconsulent.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste 4 consulten tot ten hoogste € 46,- per consult voor de gehele looptijd van de verzekering
Accent	ten hoogste 4 consulten tot ten hoogste € 46,- per consult voor de gehele looptijd van de verzekering
Plus	ten hoogste 4 consulten tot ten hoogste € 46,- per consult voor de gehele looptijd van de verzekering
Actief	ten hoogste 4 consulten tot ten hoogste € 46,- per consult voor de gehele looptijd van de verzekering

Bijzonderheden:

als op grond van de SIZ Aanvullende verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor bovengenoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende verzekering Budget, Accent en Plus.

ARTIKEL 33. GRIEPPVACCINATIE

Omschrijving:

vaccinatie ter voorkoming van griep.

Door:

een door de zorgverzekeraar in te huren verpleegkundige.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	geen vergoeding
Actief	volledig, eenmaal per kalenderjaar

Bijzonderheden:

in overleg met de werkgever wordt eenmaal per jaar een datum afgesproken. De werkgever stelt binnen zijn bedrijf een ruimte beschikbaar.

ARTIKEL 34. GEZONDHEIDSTEST

Omschrijving:

u heeft de keuze uit een basis en een uitgebreide gezondheidstest. De basis gezondheidstest omvat de volgende onderzoeken:

- hartslag;
- bloeddruk;
- gewicht/BMI;
- buikomvang;
- vetpercentage;
- inspanningstest;
- bloedonderzoek: bloedsuiker, totaal cholesterol, cholesterol-HDL, kreatinine, gamma GT, hemoglobine, hematocriet;
- urineonderzoek: eiwit, glucose.

De uitgebreide gezondheidstest omvat naast de onderzoeken van de basis gezondheidstest een:

- longfunctietest en een ECG.

Door:

zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	geen vergoeding
Actief	eenmaal per twee kalenderjaren de basis of de uitgebreide gezondheidstest

Eigen bijdrage:

voor de basis gezondheidstest € 25,- en voor de uitgebreide gezondheidstest € 50,-. De eigen bijdrage wordt door de zorgverzekeraar geïnd.

Bijzonderheden:

een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.siz.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door de zorgverzekeraar is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 0900 - 8019 (lokaal tarief).

PSYCHOLOGISCHE ZORG

ARTIKEL 35. EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG

Omschrijving:

een aanvulling op het aantal zittingen eerstelijnspsychologische zorg vanuit de zorgverzekering. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Door:

gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog en klinisch psycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg, zoals beschreven in dit artikel, voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. De zorg kan plaatsvinden in een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

Vergoeding:

Budget	ten hoogste 4 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,- per zitting
Accent	ten hoogste 4 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,- per zitting
Plus	ten hoogste 4 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,- per zitting
Actief	ten hoogste 4 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,- per zitting

Bijzonderheden:

als op grond van de SIZ Aanvullende verzekering Actief aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor boven- genoemde zorg, vervalt het recht op vergoeding vanuit de SIZ Aanvullende verzekering Budget, Accent en Plus.

ARTIKEL 36. GROEPSREVALIDATIE EN GROEPS-THERAPIE VOOR PATIËNTEN MET KANKER

Omschrijving:

nazorg voor patiënten met kanker die aansluitend op de behandeling door de medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Door:

1. ziekenhuizen;
2. integrale kankercentra;

3. overige instellingen die voor de groepsrevalidatie "Herstel en Balans" gecertificeerd zijn door de Stichting Herstel & Balans;
4. instellingen die aangesloten zijn bij de Stichting Instellingen Psychosociale Oncologie (IPSO).

Vergoeding:

Budget	ten hoogste € 735,- per diagnose
Accent	ten hoogste € 735,- per diagnose
Plus	ten hoogste € 735,- per diagnose
Actief	geen vergoeding

Voorschrift:

medisch specialist.

VERVOER

ARTIKEL 37. VERVOER IN VERBAND MET TRANSPLANTATIE VAN ORGANEN

Omschrijving:

taxivervoer of eigen vervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzekerde en de instelling waar hij zorg ontvangt die verband houdt met een transplantatie van organen voor zover er geen aanspraak op dit vervoer bestaat op grond van de zorgverzekering. Het betreft de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles.

Door:

als het taxivervoer betreft: vervoerder met wie de zorgverzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten;

Vergoeding:

Budget	als het taxivervoer betreft: volledig als het vervoer per eigen auto betreft: € 0,27 per kilometer
Accent	als het taxivervoer betreft: volledig als het vervoer per eigen auto betreft: € 0,27 per kilometer
Plus	als het taxivervoer betreft: volledig als het vervoer per eigen auto betreft: € 0,27 per kilometer
Actief	geen vergoeding

Voorschrift:

huisarts of medisch specialist.

Toestemming:

ja, vooraf. U kunt hiervoor gebruik maken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer.

Bijzonderheden:

1. het betreft hier niet het vervoer van de donor;
2. een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.siz.nl of telefonisch op te vragen via telefoonnummer 0900 - 8019 (lokaal tarief);
3. het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer kunt u downloaden via www.siz.nl of telefonisch op vragen via telefoonnummer 0900 - 8019 (lokaal tarief).

BUITENLAND

ARTIKEL 38. SPOEDEISENDE ZORG TIJDENS VAKANTIE EN TIJDELIJK VERBLIJF

Omschrijving:

1. medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Spoedeisende zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland;
2. medisch noodzakelijk ambulancevervoer voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

Vergoeding:

Budget	volledig op basis van werelddekking
Accent	volledig op basis van werelddekking
Plus	volledig op basis van werelddekking
Actief	geen vergoeding

Bijzonderheden:

1. recht op vergoeding bestaat alleen als er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de zorgverzekering. De te verlenen vergoeding heeft een aanvullend karakter;
2. de vergoeding wordt uitbetaald in euro's;
3. voor het verkrijgen van geneeskundige zorg kan een beroep worden gedaan op de SIZ Hulpdienst, telefoonnummer: +31 50 526 79 99. SIZ adviseert de verzekerde om de SIZ Hulpdienst in te schakelen bij met name spoedeisende zorg waarmee hoge kosten zijn gemoeid, zoals een behandeling of opname in een ziekenhuis.

ARTIKEL 39. REPATRIËRING

Omschrijving:

het om medisch noodzakelijke redenen vervoeren van de verzekerde naar het woonland of het vervoer van het stoffelijk overschot naar het woonland.

Door:

SIZ Hulpdienst, telefoonnummer: 050 - 526 79 99 (+31 50 526 79 99).

Vergoeding:

Budget	volledig
Accent	volledig
Plus	volledig
Actief	geen vergoeding

ARTIKEL 40. VACCINATIE

Omschrijving:

wegens vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten en vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon) meningitis of malaria.

Door:

huisarts, GGD, Travel Health Clinic of Encare Arbozorg of een arts die een LCR-accreditatie en gele-koorts registratie heeft (voor adressen zie www.lcr.nl).

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	ten hoogste € 76,- per kalenderjaar
Plus	ten hoogste € 76,- per kalenderjaar
Actief	geen vergoeding

TANDHEELKUNDIGE ZORG

ARTIKEL 41. PREVENTIEVE EN CURATIEVE TANDHEELKUNDIGE ZORG

Door:

tandarts. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen deze zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Vergoeding:

Budget	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven prestatietarieven tandheelkunde
Accent	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven prestatietarieven tandheelkunde
Plus	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven prestatietarieven tandheelkunde
Actief	geen vergoeding

Verrichtingen

Consultatie en diagnostiek

- periodiek preventief onderzoek	C11, C12
- consulten	C13, C22, C65
- consulttoeslagen	C80, C84 t/m C87

Second opinion

- uitgebreid onderzoek	C28
------------------------	-----

Bijzonderheden:

De vergoeding van genoemde behandelingen wordt eenmaal per kalenderjaar verleend, tenzij meer behandelingen per kalenderjaar medisch noodzakelijk zijn.

Verrichtingen

Röntgendiagnostiek

- intra-orale röntgenfoto	X10
- orthopantomogram	X21, X22
- röntgenschedelprofielfoto	X24

Bijzonderheden:

voor een intra-orale röntgenfoto (X10) geldt een maximum van 6 foto's per kalenderjaar en voor een orthopantomogram (X21, X22) geldt dat er per twee kalenderjaren ten hoogste één voor vergoeding in aanmerking komt.

Verrichtingen

Preventie/mondhygiëne

- (instructie) mondhygiëne	M31, M32
- gebitsreiniging (tandsteenverwijdering)	M50, M55, M59
- uitgebreide voedingsanalyse	M70

Bijzonderheden:

voor de kosten van preventie/mondhygiëne door een tandarts of vrijgevestigde mondhygiënist samen, bestaat een vergoeding tot ten hoogste € 147,- per kalenderjaar.

Verrichtingen

Anesthesie en lachgassedatie

- geleidings- en/of infiltratie-anesthesie
- introductie lachgassedatie
- toediening lachgassedatie
- overheadkosten lachgassedatie

Prestatiecode

- A10
- B10
- B11
- B12

Verrichtingen

Restauraties van plastische materialen

- restauraties van plastisch materiaal
- kroon van plastisch materiaal
- directe labiale veneering
- etsen

Prestatiecode

- V10, V11, V12, V13
- V14
- V15
- V20, V21

Verrichtingen

- droogleggen van elementen met cofferdam
- stiften

Prestatiecode

- V50
- V70, V80, V85

Verrichtingen

Pulpa- en wortelkanaalbehandeling

- endodontisch consult
- toeslag instrument
- wortelkanaalbehandeling
- endodontische microchirurgie
- extractie met replanatie
- diagnostische flap
- directe pulpa-overkapping
- repositie geluxeed element
- aanbrengen fixatie d.m.v. spalk
- verwijderen spalk
- aanbrengen rubberdam
- verwijderen kroon, brug
- endodontische opening
- verwijderen wortelstift
- verwijderen vulmateriaal
- behandeling gecalcificeerd wortelkanaal
- behandeling iatrogene schade
- uitzonderlijke anatomie
- apexificatie
- wortelkanaalbehandeling
- elektronische lengtebepaling
- gebruik van een operatiemicroscoop
- gebruiksklaar maken van praktijkruimte

Prestatiecode

- E01, E02, E03
- E04
- E13, E14, E16, E17, E19
- E31, E32, E33
- E36
- E37
- E40
- E42
- E43
- E44
- E45
- E51
- E52
- E53
- E54
- E55
- E56
- E57
- E61, E62, E63, E64
- E66, E77, E78
- E85
- E86
- E87

Chirurgische ingrepen

- alle codes beginnend met

H

Verrichtingen

Parodontologie

- parodontaal onderzoek
- initiële parodontale behandeling
- herbeoordeling na initiële behandeling
- uitgebreid bespreken vervolgtraject
- parodontale nazorg
- evaluatieonderzoek
- flapoperatie
- parodontale chirurgie (inclusief laboratoriumkosten bij T93)

Prestatiecode

- T11, T12
- T21, T22
- T31, T32
- T33
- T51 t/m T56
- T60, T61
- T70 t/m T76
- T81, T84 t/m T95

Bijzonderheden:

als bovenstaande behandelingen worden uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist dan geldt een vergoeding tot ten hoogste de voor een tandarts geldende prestatietarieven tandheelkunde.

ARTIKEL 42. GNATHOLOGIE

Door:

tandarts.

Vergoeding:

Budget	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven prestatietarieven tandheelkunde inclusief de bijbehorende techniekkosten. Daar waar sprake is van een maximale vergoeding is dit aangegeven in de kolom;
Accent	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven prestatietarieven tandheelkunde inclusief de bijbehorende techniekkosten. Daar waar sprake is van een maximale vergoeding is dit aangegeven in de kolom;
Plus	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven prestatietarieven tandheelkunde inclusief de bijbehorende techniekkosten. Daar waar sprake is van een maximale vergoeding is dit aangegeven in de kolom;
Actief	geen vergoeding.

Verrichtingen	Prestatiecode	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
- uitgebreid functie-onderzoek	G01	€ 96,40
- gedocumenteerde verwijzing	G03	€ 42,50
- occlusale spalk	G62	€ 193,80
- repositie spalk	G63	€ 244,-
- controlebezoek spalk	G64	€ 19,30
- indirect planmatig inslijpen	G65	€ 212,-
- occlusale opbeetplaat	G69	€ 98,50

ARTIKEL 43. PROTHETISCHE VOORZIENINGEN

Door:
tandarts of tandprotheticus.

Vergoeding:

Budget	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven prestatietarieven tandheelkunde inclusief de bijbehorende techniekkosten. Daar waar sprake is van een maximale vergoeding is dit aangegeven in de kolom;
Accent	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven prestatietarieven tandheelkunde inclusief de bijbehorende techniekkosten. Daar waar sprake is van een maximale vergoeding is dit aangegeven in de kolom;
Plus	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven prestatietarieven tandheelkunde inclusief de bijbehorende techniekkosten. Daar waar sprake is van een maximale vergoeding is dit aangegeven in de kolom;
Actief	geen vergoeding.

Verrichtingen	Prestatiecode	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
Tissue conditioning	P56	
<i>Partiële kunstharsprothese</i>		
- 1 t/m 4 elementen	P10	€ 136,-
- 5 t/m 13 elementen	P15	€ 255,-

Verrichtingen	Prestatiecode	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
- extra voor individuele afdruk met randopbouw	P16	€ 75,-
- extra voor beetregistratie met specifieke apparatuur	P17	€ 77,-
- extra voor gegoten anker	P18	€ 49,60
<i>Frameprothese</i>		
- 1 t/m 4 elementen	P34	€ 460,-
- 5 t/m 13 elementen	P35	€ 559,-

<i>Precisieverankering</i>		
- wortelkap met stift	P31	€ 207,60
- extra per precisieverankering c.q. per staafhuls	P32	€ 225,30
- prothesetarief, verhoogd met per immediaat te vervangen element	P40	
- extra voor telescoopkroon	P33	

<i>Overkappingsprothese</i>		
- extra voor elk overkapt element	P29	

<i>Rebasen partiële prothese/frame prothese</i>		
- indirect zonder randopbouw	P51	€ 78,-
- indirect met randopbouw	P52	€ 109,60
- direct zonder randopbouw	P53	€ 90,30
- direct met randopbouw	P54	€ 110,60

<i>Reparaties partiële prothese/frame prothese per werkstuk</i>		
- breuk, scheur, opnieuw vastzetten van elementen zonder afdruk	P57	€ 42,60
- reparatie prothese met afdruk	P58	€ 72,-
- uitbreiding prothese met element of anker inclusief afdruk	P79	€ 82,-

<i>Eigen bijdrage volledige prothese</i>		
- bovenprothese	P21	
- onderprothese	P25	
- boven- en onderprothese	P30	
- individuele afdruk zonder randopbouw	P36	
- individuele afdruk met randopbouw	P14	

Bijzonderheden:

- als de prothetische zorg wordt uitgevoerd door een tandprotheticus dan gelden ook ten hoogste de aangegeven vergoedingen;
- de vergoeding voor een reparatie van een partiële prothese wordt ook verleend als de reparatie is verricht door een gediplomeerd tandtechnicus.

ARTIKEL 44. IMPLANTOLOGIE IN DE NIET-TANDELOZE KAAK

Door:

kaakchirurg of tandarts.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	ten hoogste € 877,- per drie aaneengesloten kalenderjaren voor honoraria, materiaal-, en techniekkosten samen
Actief	geen vergoeding

ARTIKEL 45. INLAYS, KRONEN EN BRUGGEN

Door:

tandarts.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven prestatietarieven tandheelkunde inclusief de bijbehorende techniekkosten, tot ten hoogste de maximumvergoeding als aangegeven in de kolom. Per periode van 3 aaneengesloten kalenderjaren komen ten hoogste 6 gebits-elementen voor vergoeding in aanmerking
Actief	geen vergoeding

Verrichtingen

Verrichtingen	Prestatiecode	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
- tweevlaksinlay	R12	€ 181,-
- drievlaksinlay	R13	€ 239,-
- gegoten metalen kroon	R20, R25	€ 287,-
- jacketkroon met/zonder schouderpreparatie	R26, R27	€ 287,-
- brugtussendeel 1e dummy	R40	€ 200,-
- brugtussendeel 2e en volgende dummy in hetzelfde tussendeel	R45	€ 96,-

ARTIKEL 46. RESTAURATIES DOOR MIDDEL VAN NIET-PLASTISCHE MATERIALEN

Door:

tandarts.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	80% van de kosten van de volgende verrichtingen op basis van de aangegeven prestatietarieven tandheelkunde inclusief de bijbehorende techniekkosten, tot ten hoogste de maximumvergoeding als aangegeven in de kolom
Actief	geen vergoeding

Verrichtingen

Verrichtingen	Prestatiecode	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
- roestvrijstalen kroon	R29	€ 38,50
- opbouw plastisch materiaal	R31	€ 23,30
- gegoten opbouw indirecte methode	R32	€ 111,40
- gegoten opbouw directe methode	R33	€ 115,50
- intra-coronaire brugverankering	R46	€ 38,50
- etsbrug zonder preparatie	R60	€ 245,-
- etsbrug met preparatie	R61	€ 283,50
- toeslag volgende dummy	R65	€ 143,80
- toeslag boven 2 bevestigingen	R66	€ 31,50
- kroon onder bestaand frameanker	R70	€ 42,60
- vernieuwen porselein facet	R71	€ 103,50
- vernieuwen facet plastisch materiaal	R72	€ 23,30

Verrichtingen	Prestatiecode	Maximale vergoeding (inclusief techniekkosten)
- opnieuw vastzetten gegoten restauraties	R74	€ 15,20
- opnieuw vastzetten etsbrug	R75	€ 38,50
- extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon	R76	€ 19,30
- labiale veneering zonder preparatie	R78	€ 169,50
- labiale veneering met preparatie	R79	€ 201,-

Indicatie:

1. een kaakorthopedische afwijking in boven en/of onderkaak die uitsluitend door middel van een osteotomie gecorrigeerd kan worden en waarbij een kaakorthopedische voor-, of nabehandeling noodzakelijk is;
2. een kaakorthopedische afwijking ten gevolge van een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie), op voorwaarde dat de noodzaak tot behandeling het directe gevolg is van dat trauma of die ingreep;
3. een kaakorthopedische afwijking ten gevolge van geretineerde frontelementen, waarbij de noodzaak van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling aanwezig is;
4. een kaakorthopedische afwijking als gevolg van een ernstige malocclusie die leidt tot of gepaard gaat met objectiveerbare functiestoornissen.

ARTIKEL 47. ORTHODONTISCHE ZORG

47.1. Orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving:

zorg, gericht op de correctie van standafwijkingen van tanden, kiezen, en kaken voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Door:

orthodontist of tandarts.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	80% van de kosten tot een maximum van € 1.430,- voor de gehele looptijd van de verzekering
Plus	80% van de kosten
Actief	geen vergoeding

47.2. Bijzondere orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Door:

orthodontist of tandarts.

Vergoeding:

Budget	80% van de kosten
Accent	80% van de kosten
Plus	80% van de kosten
Actief	geen vergoeding

Toestemming:

ja, vooraf.

VERZUIM

ARTIKEL 48. HUISHOUDELIJKE ONDERSTEUNING BIJ ZIEKTE VAN VERZEKERDE OF PARTNER

Omschrijving:

1. het bieden van huishoudelijke ondersteuning aan de werknemer, die een huishoudelijke hulpvraag heeft, omdat hij of zijn partner op dat moment tijdelijk is uitgevallen door bijvoorbeeld ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname;
2. het bieden van huishoudelijke ondersteuning aan de werknemer om herstel van zijn letsel te bevorderen. Op het moment van aanvragen van huishoudelijke ondersteuning wordt een hervatting van de werkzaamheden binnen drie maanden verwacht. De huishoudelijke ondersteuning omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaakwerkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van huisgenoten en het halen van de boodschappen. De hulp wordt geleverd op het woonadres van de werknemer, zoals dat bij de zorgverzekeraar bekend is. Het doel van de huishoudelijke ondersteuning is:
 - het voorkomen van verzuim bij calamiteiten in de gezinsituatie;
 - bevordering van herstel van letsel.

De hulp wordt aangeboden in blokken van ten minste 3 uur per dag. Voor maximaal 10 blokken van 3 uur. De hulp dient in een periode van maximaal 10 weken ingepland te worden.

Door:

organisatie waarmee de zorgverzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten. De hulp kan op werkdagen van 07.00 uur tot 20.00 uur worden ingezet. Weekenden en feestdagen zijn uitgesloten.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	geen vergoeding
Actief	volledig, eenmaal per kalenderjaar tot ten hoogste 30 uur

Indicatie:

tijdelijke uitval met als gevolg verzuim, van de werknemer door ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname van hemzelf of zijn partner, waarbij een herstel binnen drie maanden te verwachten is.

Aan te vragen door:

de direct leidinggevende van de werknemer of een personeelsfunctionaris van de werkgever.

De aanvraag moet voorzien zijn van:

- de naam, het adres en de woonplaats van de werknemer;
- het telefoonnummer waarop de werknemer bereikbaar is;
- de geboortedatum van de werknemer;
- het klantnummer van de werknemer;
- een korte beschrijving van de indicatie/situatie.

Bijzonderheden:

1. voor huishoudelijke ondersteuning kan tijdens kantooruren, van 09.00 uur tot 17.00 uur contact worden opgenomen met SIZ via telefoonnummer: 0900 - 8019 (lokaal tarief);
2. de huishoudelijke ondersteuning wordt binnen 3 werkdagen (mits gemeld bij SIZ voor 10.30 uur en SIZ ook voor dit tijdstip contact heeft gehad met de werknemer) na aanmelding bij SIZ geboden bij de werknemer thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is;
3. er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke ondersteuning als de tijdelijke uitval verband houdt met een chronische aandoening;
4. de zorg wordt vooraf voor de gehele periode ingepland;
5. onder huishoudelijke ondersteuning wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging.

ARTIKEL 49. TAXIVERVOER

Omschrijving:

taxivervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzekerde en de werklocatie voor zover vervoer per openbaar vervoer of eigen auto wegens medische redenen niet mogelijk is.

Door:

vervoerder met wie de zorgverzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Vergoeding:

Budget	geen vergoeding
Accent	geen vergoeding
Plus	geen vergoeding
Actief	ten hoogste € 250,- per kalenderjaar

Aan te vragen door:

de direct leidinggevende van de werknemer of een personeelsfunctionaris van de werkgever

Toestemming:

ja, de aanvraag dient vergezeld te gaan van een verklaring van de leidinggevende of een personeelsfunctionaris waaruit blijkt dat vervoer per openbaar vervoer of eigen auto niet mogelijk is in verband met een ernstige beperking van de mobiliteit. SIZ stuurt de machtiging naar de werkgever.

III Begripsomschrijvingen

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

AWBZ instelling: een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Besnijdeniscentrum: een centrum dat zich heeft toegelegd op het verrichten van circumcisies, en waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen de zorgverzekeraar 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 Verzekeringen te sluiten.

Coöperatie: de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Eerstelijnspsycholoog: een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Europese Unie en EER-lidstaat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering 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 voorwendselen.

Geneesmiddelen: de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg

GGZ-instelling: een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert, en als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Huidtherapeut: degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel huidtherapeut.

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.

Jeugdpsycholoog: degene die als jeugdpsycholoog is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Kinderpsycholoog: degene die als kinderpsycholoog is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Kraamcentrum: een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Kraamverzorgende: een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

NZa: Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.

Oedeemtherapeut: een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie.

Orthopedagoog-Generalist: degene die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Overgangsconsulent: een verpleegkundige die de specialistische opleiding gevolgd heeft tot overgangsconsulent bij de organisatie Care for Women of die aangesloten is bij de overgangspraktijk Women's Life.

Pedicure met aantekening 'diabetesvoet': een pedicure die in het bezit is van een geldig certificaat Voetverzorging bij Diabetici van het Kennis- en Ontwikkelingscentrum Uiterlijke Verzorging (KOC) of Diabetische Voet van de Organisatie Pedicure in de Zorg (LOPZ).

RIAGG: een Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Schoonheidsspecialist: een schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met voor camouflagetherapie het diploma Camouflage, voor elektrisch epilieren het diploma Elektrisch ontharen en voor behandeling van acne het diploma Acne.

SIZ: Stichting IZA Ziektekostenverzekeringen.

SIZ Aanvullende verzekering: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven SIZ Aanvullende Verzekering, bestaande uit 4 pakketten, die als aanvulling op de SIZ Standaardverzekering gesloten kan worden.

SIZ Standaardverzekering: een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

Sportmedische instelling: een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Tandprotheticus: degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus en met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Travel Health Clinic: een kliniek, verbonden aan een ziekenhuis, voor gezondheidsadviezen, vaccinaties en artikelen die nodig zijn voor een gezond verblijf in de (sub)tropen.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

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.

Verzekerde: degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met de zorgverzekeraar deze verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.

Voorkeursleverancier/voorkeursaanbieder: een leverancier/zorgaanbieder waarmee/met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarmee/met wie specifieke afspraken zijn gemaakt.

Werkgever: het bedrijf of de instelling zoals bedoeld in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.

Werknemer: degene zoals bedoeld in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg.

Zelfstandig behandelcentrum: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en waarmee de zorgverzekeraar voor bepaalde vormen van zorg een overeenkomst heeft gesloten. Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.

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.

Zorgverzekeraar: VGZ Zorgverzekeraar NV, gevestigd in Arnhem en statutair gevestigd in Nijmegen, KvK-nummer: 09156723. Zorgverzekeraar VGZ is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. VGZ Zorgverzekeraar NV is een onderdeel van de Coöperatie Univé-VGZ-IZA-Trias-Groep U.A.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet geregelde niet te boven gaan.

Zvw: de Zorgverzekeringswet.





Stichting IZA Ziektekostenverzekeringen • Postbus 25214 • 5600 RS Eindhoven

SIZ heeft de uitvoering van haar zorgverzekeringen belegd bij VGZ Zorgverzekeraar N.V., gevestigd in Arnhem, KvK 09156723, DNB vergunningnummer 12000666, Zorgverzekeraar VGZ is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.