

*Particuliere
ziektekostenverzekeringen
van Zorg en Zekerheid*



Polisvoorwaarden Basis Privé Polis



Hoe krijgt u uw rekening vergoed?

Tenzij anders vermeld in de polisvoorwaarden is dit de wijze waarop u vergoeding krijgt uit de Basis Privé Polis:

- de originele nota indienen bij Zorg en Zekerheid tezamen met het declaratieformulier;
- vòòr 31 december van het jaar volgend op het jaar van de behandeling;
- met vermelding van uw bank- of gironummer en tenaamstelling;
- invullen van een declaratieformulier.

U kunt dit sturen naar:

Zorg en Zekerheid
team Betaling aan Verzekerden
Postbus 400
2300 AK LEIDEN
of kijk op
www.zorgenzekerheid.nl

Informatie over de vergoeding:

Heeft u vragen over de vergoeding belt u dan met onze medewerkers van de teams "Betaling aan Verzekerden". Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 08.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer:

(071) 5 825 555

Voor overige informatie kunt u Zorg en Zekerheid bereiken op telefoonnummer:

(071) 5 825 825

POLISVOORWAARDEN

Basis Privé Polis

2002

INHOUDSOPGAVE

Artikelnr.	Onderwerp	Pagina
1.	Dekking	5
1.1	Omvang van de dekking	5
1.2	Opname in een hogere klasse	21
1.3	Uitsluitingen	22
2.	Begripsomschrijvingen	25
3.	Algemeen	31
3.1	Grondslag van de verzekering	31
3.2	Registratie van persoonsgegevens	32
3.3	Begin en einde van het recht op vergoeding	32
4.	Verplichtingen van de verzekeringsnemer	33
5.	Premie	35
5.1	Premiesamenstelling	35
5.2	Premiebetaling	35
5.3	Niet-betaling	35
5.4	Premierestitutie	35
5.5	Sluimerverzekering	36
6.	Eigen risico	37
7.	Duur van de verzekering	39
7.1	Algemeen	39
7.2	Beëindiging	39
8.	Herziening van de premie en/of voorwaarden	40
8.1	Herziening	40
8.2	Recht van opzegging	40
8.3	De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing	40
8.4	Voortzetting verzekering	40
9.	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	41
9.1	Verstrekingen	41
9.2	Recht op verstrekingen	41
9.3	Polisdekking	41
10.	Vrijwaring van aansprakelijkheid	42
11.	Geschillenregeling	43

De vermelde regelingen van Zorgverzekeraars Nederland en Zorg en Zekerheid die in deze polisvoorwaarden genoemd worden, maken deel uit van deze verzekering en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Deze regelingen zijn gebaseerd op ministeriële regelingen in het kader van de Ziekenfondswet.

1. Dekking

1.1 Omvang van de dekking

Zorg en Zekerheid vergoedt de kosten van medische noodzakelijke behandelingen op basis van het tarief dat wij zijn overeengekomen met de zorgverlener. Indien geen tarief is overeengekomen vergoeden wij ten hoogste de tarieven, zoals deze zijn vastgesteld door de Commissie Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Wij vergoeden uitsluitend kosten die zijn gemaakt tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst.

Indien en voor zover Zorg en Zekerheid meer vergoedt dan zij krachtens één van de polisvoorwaarden is verplicht, dan geldt het volgende. U wordt geacht een volmacht tot incasso op naam van Zorg en Zekerheid te hebben verleend om het namens u teveel betaalde aan Zorg en Zekerheid terug te betalen.

1.1.1 Opname

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis of sanatorium in Nederland. Het betreft:
- de kosten van verpleging;
- het honorarium van specialistische en kaakchirurgische hulp en bijkomende kosten;
- de verpleegkosten van een meeverzekerd kind, zolang het de leeftijd van drie maanden nog niet heeft bereikt, indien het kind vanwege de verpleging van de moeder in het ziekenhuis moet verblijven.

1.1.2 Dagverpleging

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van dagverpleging in een ziekenhuis. Het betreft:
 - de kosten van het medisch noodzakelijke verblijf in een ziekenhuis verband houdend met specialistische behandeling of onderzoek (M10-tarief);
 - de bijkomende kosten;
 - het honorarium van de specialist.

Gaat u naar een zelfstandig behandelcentrum (voorheen privé-kliniek) dan is vooraf toestemming vereist van Zorg en Zekerheid.

1.1.3 **Niet-klinische specialistische behandeling**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van niet-klinische specialistische behandeling in Nederland. Het betreft:
 - de kosten voor specialistische behandeling op advies van de huisarts of tandarts of specialist niet gepaard gaande met opname in een ziekenhuis;
 - de bijkomende kosten tijdens deze behandeling.

Gaat u naar een zelfstandig behandelcentrum (voorheen privé-kliniek) dan is vooraf toestemming vereist van Zorg en Zekerheid.

1.1.4 **Bevalling**

1.1.4.1 **Bevalling op medische indicatie**

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van bevalling op medische indicatie in een ziekenhuis of kraamcentrum. Het betreft:
 - de kosten van verpleging tot en met de dag van de bevalling;
 - het honorarium voor verloskundige hulp en bijkomende kosten.

1.1.4.2 **Bevalling zonder medische indicatie in een ziekenhuis of kraaminrichting**

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van (poliklinische) bevalling. Het betreft:
 - het honorarium voor de verloskundige hulp;
 - de kosten van het gebruik van de polikliniek.

1.1.4.3 **Bevalling thuis**

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van bevalling thuis. Het betreft:
 - het honorarium voor de verloskundige hulp;
 - de kosten van de inschrijving, intake en partusassistentie tot maximaal 3 uur na de bevalling door een kraamcentrum.

Voor vergoeding van de onder 1.1.4.1 t/m 1.1.4.3 genoemde kosten geldt de volgende voorwaarde:

- de aanvraag voor de vergoedingen moet tenminste 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum in bezit van Zorg en Zekerheid zijn.

1.1.5 **Kraamzorg**

1.1.5.1 **Kraamzorg thuis (in natura)**

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van kraamzorg van tenminste 24 uur tot maximaal 80 uur verdeelt over ten hoogste 10 aaneengesloten dagen.

1.1.5.2 **Kraamzorg op medische indicatie in een ziekenhuis of kraaminrichting**

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van kraamzorg in een ziekenhuis of kraaminrichting. Het betreft:
 - de verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- de bevalling vindt plaats op medische indicatie in een ziekenhuis of kraaminrichting.

1.1.5.3 **Kraamzorg in geld**

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op:

- een bedrag van € 115,00 per dag gedurende een periode van 8 dagen vanaf de dag van de bevalling.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- voor elke wegens ziekenhuisopname van de moeder in rekening gebrachte dag wordt € 115,00 in mindering gebracht.

Voor vergoeding van de onder 1.1.5.1 t/m 1.1.5.3 genoemde kosten gelden de volgende voorwaarden:

- kraamzorg in geld moet na de bevalling worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid;
- u moet zich uiterlijk 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum melden bij een kraamcentrum.

Slechts één van de vormen van kraamzorg genoemd in de artikelen 1.1.5.1 t/m 1.1.5.3 wordt vergoed.

1.1.6 **Revalidatie**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van revalidatie in een klinische situatie (opname) of poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de hulp voor de verzekerde is als meest doeltreffend aangewezen op voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat;
- u bent met die hulp in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen redelijkerwijs mogelijk is;
- er moet vooraf toestemming zijn van Zorg en Zekerheid waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld;
- klinische revalidatie wordt alleen vergoed indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met poliklinische revalidatie.

1.1.7 **Nierdialyse**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij u thuis;
- een vergoeding bij thuisdialyse voor bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- voor de vergoeding van niet-medische kosten bij thuisdialyse is vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

1.1.8 **Tandheelkundige hulp**

1.1.8.1 **Tandheelkundige hulp aan jongeren**

U heeft recht op:

- een vergoeding van € 230,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van tandheelkundige hulp door een tandarts, centrum van jeugd tandzorg of een centrum voor bijzonderetandheelkunde.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- de vergoeding geldt alleen voor verzekerden tot en met 17 jaar.

1.1.8.2 **Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden vanaf 18 jaar**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van de volgende code per kalenderjaar.

TARIEFCODES

- periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar; C11.

1.1.8.3 **Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen**

U heeft recht op:

- een vergoeding van 90% voor de kosten van tandheelkundige behandeling in bijzondere gevallen.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de behandeling vindt plaats in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen:
 - a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien moet zijn;
 - b. een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
 - c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
 - d. een uitgebreid effect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect);
 - e. een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palato-schisis);
- de behandeling vereist een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid;
- er moet vooraf toestemming worden gegeven door Zorg en Zekerheid aan de hand van een goedgekeurd behandelplan.

Geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- een voorgestelde behandeling die niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

1.1.8.4 **Tandheelkundige implantaten**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak. Het betreft:
- het honorarium van de kaakchirurg (en van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval dat de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandenloze kaak;
- de implantaten worden door een kaakchirurg of tandarts ingebracht;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese;
- er moet vooraf toestemming worden gegeven door Zorg en Zekerheid aan de hand van een goedgekeurd behandelplan.

Geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- een voorgestelde behandeling die niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

1.1.8.5 **Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van het behandeltraject door een tandarts met een maximum van € 230,00 per kalenderjaar.

Voor vergoeding geldende volgende voorwaarden:

- indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is (artikel 1.1.8.1 is niet van toepassing);
- indien voor verzekerde met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap geen aanspraak is op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ;
- alleen na toestemming vooraf van Zorg en Zekerheid, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

1.1.8.6 **Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van een orthodontische behandeling bij een schisis-afwijking (lip- of kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de behandeling wordt gegeven door een orthodontist op advies van een huisarts of tandarts;
- er moet vooraf toestemming zijn van Zorg en Zekerheid waarbij nadere voorwaarden gesteld kunnen worden.

1.1.8.7 **Uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of de onderkaak**

U heeft recht op:

- een vergoeding van 75% voor de aanschaffingskosten van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- en/of onderkaak;
- een vergoeding voor de kosten van wijziging of herstel van een uitneembare volledige prothetische voorziening.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de verrichting wordt gedaan door een tandarts, centrum voor bijzondere tandheelkunde of tandprotheticus;
- voor de aanschaf is vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid indien de totale kosten van de prothetische voorziening inclusief techniekkosten meer dan € 455,00 per boven- c.q. onderkaak bedragen .

1.1.8.8 **Uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- en/of de onderkaak en mesostructuur op implantaten**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak op implantaten, alsmede de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel). Per kaak geldt een eigen bijdrage in de kosten van € 95,00 die niet meetelt voor het eigen risico.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- er moet vooraf toestemming zijn van ZorgenZekerheid;
- de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts of centrum van bijzondere tandheelkunde.

1.1.9 Paramedische hulp

1.1.9.1 Fysiotherapie

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van maximaal 9 behandelingen fysiotherapie per indicatie, per verzekerde, per kalenderjaar;
- een vergoeding voor de kosten van 9 extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar voor de verzekerde tot 18 jaar;
- een vergoeding voor de kosten van het noodzakelijke aantal behandelingen fysiotherapie in verband met een indicatie, overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar, zoals door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld;
- als onderdeel van de hiervoor genoemde vergoedingen kunnen maximaal 6 behandelingen manuele therapie vergoed worden.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de fysiotherapie moet verleend worden door een fysiotherapeut;
- de manuele therapie moet verleend worden door een fysiotherapeut die geregistreerd is als manueel therapeut;
- de totale therapie moet medisch noodzakelijk zijn en door uw behandelend arts of specialist worden voorgeschreven;
- de chronische aandoening is overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar zoals is vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland.;
- indien er meer dan 6 behandelingen manuele therapie noodzakelijk zijn, worden de behandelingen boven de eerste zes vergoed volgens het officiële CTG-tarief enkelvoudige fysiotherapie binnen de gestelde voorwaarden;
- Zorg en Zekerheid dient vooraf toestemming te verlenen aan de verzekerde via een aanvraag machtigingsprocedure.

1.1.9.2 Oefentherapie Mensendieck en/of oefentherapie Cesar

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van de eerste 9 behandelingen per indicatie, per verzekerde, per kalenderjaar;
- een vergoeding voor de kosten van 9 extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar op verwijzing van huisarts of specialist;
- een vergoeding voor de kosten van het noodzakelijke aantal behandelingen oefentherapie in verband met een indicatie overeenkomstig de

regeling Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de therapie moet verleend worden door een oefentherapeut Mensendieck of oefentherapeut Cesar;
- de totale therapie moet medisch noodzakelijk zijn en door uw behandelend arts of specialist worden voorgeschreven;
- de chronische aandoening is overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld;
- Zorg en Zekerheid dient vooraf toestemming te verlenen aan de verzekerde via een aanvraag machtigingsprocedure

1.1.9.3 **Logopedie**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van logopedische behandeling.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de therapie dient verleend te worden door een logopedist;

Geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- behandeling van dyslexie;
- behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

1.1.9.4 **Enkelvoudige extramurale ergotherapie**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van ten hoogste tien uur hulp ter advisering/instructie en of training/behandeling voor het gebruik van hulpmiddelen en voorzieningen in de thuissituatie met het doel de zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de therapie vindt plaats in de thuissituatie of behandelruimte in een revalidatiecentrum, verpleeghuis, ziekenhuis of thuiszorgorganisatie door een ergotherapeut verbonden aan deze instellingen.

1.1.10 **Behandeling door de huisarts**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van het honorarium van de huisarts;
- een vergoeding voor de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door de huisarts, een ziekenhuis of laboratorium.

Geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van onder meer:

- het maken van een ECG;
- verbruiksmaterialen (bijvoorbeeld spuiten, naalden, pleisters);
- een uitstrijkje zonder medische indicatie;
- een griepvaccinatie op eigen verzoek;
- medische keuringen;
- een zwangerschapstest zonder medische indicatie.

1.1.11 **Trombosedienst**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van hulp door de trombosedienst.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- de hulp is voorgeschreven door een specialist of huisarts.

1.1.12 **Hulp door een audiologisch centrum**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van hulp verleend door een daartoe bevoegde overheidsinstantie toegelaten audiologische centrum.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de hulp is voorgeschreven door een huisarts, kinderarts of keel-, neus-, en oorarts.

1.1.13 **Erfelijkheidsonderzoek**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van onderzoek naar en van een erfelijke afwijking door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- een vergoeding voor de kosten van de erfelijkheidsadvisering en de met deze hulp verband houdende psycho-sociale begeleiding;

- advisering in verband met noodzakelijk onderzoek bij andere personen.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de hulp vindt plaats op verwijzing van de huisarts of specialist;
- de hulp moet plaatsvinden in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

Geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- onderzoek van andere personen dan de verzekerde, deze komen voor rekening van de onderzochte persoon/personen;
- indien de hulp plaatsvindt in een Zelfstandig Behandelcentrum.

1.1.14 **Farmaceutische hulp**

1.1.14.1 **Geneesmiddelen**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van farmaceutische hulp overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld;
- een vergoeding voor de kosten van een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding wordt vastgesteld. Geneesmiddelen waarvoor nog geen limiet is vastgesteld, vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de Regeling Farmaceutische Zorg of de verzekeraar anders bepaalt. Indien een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, blijft het meerdere buiten de vergoeding van de kosten;
- de farmaceutische hulp is op voorschrift van een huisarts, specialist, tandarts of verloskundige;
- de farmaceutische hulp wordt geleverd onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheehoudend huisarts;
- per voorschrift worden geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:
 - vijftien dagen, indien het voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
 - een half jaar, indien het orale anticonceptiva betreft;

- drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronisch ziekten waaronder insuline, met uitzondering van hypnotica, aniolxytica of eetlustremmende geneesmiddelen;
- vijftien dagen, indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;
- een maand in overige gevallen.

1.1.14.2 **Dieetpreparaten**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van dieetpreparaten overeenkomstig de Regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- er moet sprake zijn van een ernstige slikstoornis, ernstige passagestoornis, ernstige resorptiestoornis, ernstige voedselallergie of ernstige stofwisselingsstoornis;
- er moet vooraf toestemming worden gegeven door Zorg en Zekerheid.

1.1.14.3 **Verbandmiddelen**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van verbandmiddelen.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- er moet sprake zijn van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is;
- met de nota moet een medische noodzakelijkheidsverklaring van de huisarts of specialist worden ingediend.

1.1.15 **Hulpmiddelen**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen in eenvoudige uitvoering.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- het hulpmiddel is voorgeschreven door de behandelend arts;
- de genoemde limieten in de regeling Hulpmiddelen zoals die door Zorg en Zekerheid en door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, zijn van toepassing;

- het hulpmiddel is noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd;
- er is vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- normaal gebruik, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

1.1.16 **Organtransplantaties**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van transplantatie van de volgende donororganen:
- huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart-long en lever (orthotoop);
- een vergoeding voor de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door Eurotransplant;
- een vergoeding voor de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd;
- een vergoeding voor de kosten van medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits de behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie;
- een vergoeding voor de kosten van vervoer van de donor i.v.m. selectie, opname en ontslag.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- er is vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid.

Geen aanspraak op vergoeding voor de kosten van:

- andere dan bovengenoemde organen en transplantaties.

1.1.17 **Fertiliteitsbevordering**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van maximaal drie IVF-pogingen per te realiseren zwangerschap per behandelde vrouwelijke verzekerde;
- een vergoeding voor de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie in verband met ongewilde

- kinderloosheid;
- een eenmalige vergoeding van de donorselectie en conservering van het semen bij de Kunstmatige Inseminatie Donor (KID).

Voor vergoeding voor de kosten van de behandelingen gelden de volgende voorwaarden:

- er moet sprake zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie;
- de behandeling vindt plaats in een vergunninghoudend ziekenhuis;
- er is vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld;
- per poging geldt een eigen bijdrage van € 364,00 die niet meetelt voor het bereiken van het overeengekomen eigen risico.

1.1.18 **Sterilisatie**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van sterilisatie.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de behandeling vindt plaats in een ziekenhuis door een specialist;
- bij sterilisatie van mannelijke verzekerden wordt ten hoogste het bedrag vergoed verschuldigd bij een poliklinische behandeling.

1.1.19 **Second opinion**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van het raadplegen van een andere specialist indien de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling voorstelt.

1.1.20 **Chronische intermitterende beademing**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten verbandhoudend met mechanische beademing in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten in verband met de door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- de beademing is op voorschrift van een specialist.

1.1.21 **Leukemie bij kinderen**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

1.1.22 **Ziekenvervoer**

U heeft recht op:

- een vergoeding voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland met het openbaar vervoer op basis van de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse;
- een vergoeding voor de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland per ambulance of taxi;
- een vergoeding van € 0,20 per kilometer voor de kosten van medisch noodzakelijk vervoer in Nederland met de (eigen) auto.

Voor vergoeding geldende volgende voorwaarden:

- vervoer per ambulance, taxi of (eigen) auto wordt vergoed in dienen voorzover openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is. Als u met de taxi of (eigen) auto reist dan moet dit blijken uit een meegeestuurde noodzakelijkheidsverklaring van de behandelend arts of specialist. Dit geldt niet als er een doorlopende machtiging voor vervoer is afgegeven;
- als u gedurende een langere periode twee of meer keer per week met de taxi of (eigen) auto naar dezelfde zorgverlener moet reizen dan kan de behandelend arts of specialist een doorlopende machtiging voor maximaal 3 maanden aanvragen. In bijzondere gevallen kan de machtiging voor een langere periode worden afgegeven;
- de vergoeding voor vervoer met het openbaar vervoer of (eigen) auto wordt gebaseerd op basis van de kortst gebruikelijke afstand;
- de kosten houden verband met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van deze verzekering kunnen komen;
- het betreft:
 - vervoer naar en van het dichtstbijzijnde ziekenhuis of kraamcentrum of;
 - vervoer naar en van de plaats waar een medische behandeling plaatsvindt de behandelend specialist praktijk uitoefent of;
 - vervoer naar en van een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese of;

- vervoer naar en van een inrichting waarin u ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld;
- er geldt een eigen bijdrage van € 46,00 per gezin per kalenderjaar of € 23,00 per alleenstaande per kalenderjaar die niet meetelt voor het bereiken van het overeengekomen eigen risico;
- u dient gebruik te maken van het declaratieformulier vervoer dat verkrijgbaar is bij Zorg en Zekerheid;
- het eigen risico is niet van toepassing op ziekenvervoer, niet zijnde ambulancevervoer, hiervoor geldt een specifieke eigen bijdrage.

1.1.23 **Buitenlanddekking**

1.1.23.1 **Zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie**

U heeft recht op:

- de vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke zorg in een lidstaat van de Europese Unie tot ten hoogste 100% van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van de Basis Privé Polis zou zijn vergoed.

Voor vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- de verzekerde dient vooraf contact op te nemen met Zorg en Zekerheid en goedkeuring te krijgen. De verzekerde krijgt dan ook duidelijkheid omtrent de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval. Neemt u vooraf géén contact op en krijgt men geen goedkeuring, dan vervalt het recht op vergoeding.

Voor vergoeding met betrekking tot het vervoer geldt de volgende regeling:

- de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto worden vergoed tot het bedrag dat gelijk is aan de kosten van vervoer tussen woonplaats van verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend, indien deze in Nederland zou zijn geboden.

1.1.23.2 **Spoeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland:**

U heeft recht op:

- een vergoeding tot ten hoogste 200% van de kosten die, met toepassing van de verzekeringsvoorwaarden zouden worden vergoed, indien de verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan (de kosten in het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam worden als uitgangspunt genomen).

punt genomen). Het betreft:

- de kosten in het buitenland van een opname ter plaatse in een algemeen erkend ziekenhuis gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval;
- de kosten in het buitenland van niet-klinische specialistische behandeling;
- de kosten in het buitenland van behandeling door een huisarts;
- farmaceutische hulp op voorschrift van een huisarts of medisch specialist.
- de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in het buitenland voor zover dit vervoer per ambulance plaatsvindt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de hulp moet spoedeisend en medisch noodzakelijk zijn;
- uitstel tot na terugkeer in Nederland is niet verantwoord;
- de ziekenhuisopname in het buitenland dient binnen tweemaal 24 uur gemeld te zijn aan de verzekeraar; hierbij moet gebruik worden gemaakt van de ANWB Hulpdienst die hiervoor 24 uur per dag beschikbaar is;
- de opname of geneeskundige behandeling mag niet uitsluitend of mede het doel zijn van het verblijf in het buitenland;
- de vergoeding vindt plaats in Nederland en in Nederland wettig betaalmiddel. Dit met inachtneming van de omrekenkoers conform de richtlijnen van het College van Zorgverzekeringen. Mocht deze koers ontbreken, dan wordt de omrekenkoers op de dag van het vaststellen van de uitkering gehanteerd. Tenzij er sprake is van een duidelijke afwijking van de parallelkoers of het ontbreken van een notering.
- de spoedeisende en medisch noodzakelijk hulp wordt niet vergoed in een land waarvoor een negatief reisadvies geldt. Dit negatief reisadvies wordt afgegeven door het Ministerie van Buitenlandse Zaken en/of de ANVR.

1.2 **Opname in een hogere klasse.**

Bij opname in een hogere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de verzekerde klasse. Als de verzekering is aangegaan op basis van verplegingsklasse 2 en opname geschiedt in een ziekenhuis waar slechts één tweede klasse aanwezig is, zal de verzekering worden geacht te gelden voor die tweede klasse.

Als opname geschiedt in een ziekenhuis waarin in het geheel geen tweede klasse aanwezig of beschikbaar is, wordt een bedrag van € 25,00 per opnamedag uitbetaald.

1.3 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

1. Voor ziekten en afwijkingen, welke reeds bestonden voor het aanvragen van de verzekering of bij uitbreiding van de dekking (verhoging van de verpleegklasse of verlaging van het eigen risico), indien de verzekeringsnemer of de verzekerde daarvan reeds kennis droeg of klachten ondervond.

Het bovenstaande is niet van toepassing:

- indien de verzekeringsnemer Zorg en Zekerheid van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en Zorg en Zekerheid daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering of de uitbreiding van de dekking geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld;
 - bij een uitbreiding van de dekking zoals bedoeld in artikel 8.3.
2. In geval de kosten zijn ontstaan door ziekten of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of - ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten - een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder de hierboven genoemde verzekeringen en regelingen;
 - de verzekeringnemer of verzekerde is verplicht onverwijld alle maatregelen te nemen om bovenvermelde rechten en/of aanspraken zo spoedig mogelijk geldend te maken, alsmede Zorg en Zekerheid opgave te doen van deze rechten en/of aanspraken.
 3. Van opname indien voortzetting van ziekenhuisopname medisch gezien niet meer noodzakelijk is, zulks naar het oordeel van de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid.
 4. Voor verschuldigde eigen bijdragen en eigen betaling krachtens de AWBZ en van bevolkingsonderzoeken.
 5. Voor de kosten die verband houden met gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij, zoals nader omschreven in de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag is gedeponereerd.

6. 1. Indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.
2. Deze uitsluiting onder sub 1. geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten de kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder "kerninstallatie" wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979225).
3. Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt sub 2. geen toepassing.

7. Bij kosten die verbonden zijn aan vormverbeterende en/of aspect veranderende operaties van het uiterlijk, tenzij:

1. bij verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte;
2. bij ernstige afwijkingen, direct bij geboorte aanwezig en geconstateerd.

De gemotiveerde aanvraag dient vooraf plaats te vinden. In bovengenoemde gevallen dient tevens een medische noodzaak aanwezig te zijn naar het oordeel van de medisch adviseur. In ieder geval zijn uitgesloten kosten voor vormverbeterende operaties, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

8. Bij kosten die verbonden zijn aan:

1. Frischzellentherapie en KH3-behandelingen;
2. zwangerschapsonderbrekingen, tenzij deze zijn verricht door een gynaecoloog in een ziekenhuis;
3. zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek;
4. huisartsenhulp tijdens ziekenhuisopname;
5. onderzoek door een psychiater, psycholoog en/of psychotherapeut;
6. het ongedaan maken van een ondergane sterilisatie (waaronder rekanalisatie);
7. het inbrengen van implantaten in de kaak en de kosten hiermee verband houdend (uitgezonderd het vermelde in artikel 1.1.8.3);
8. middelen en geneesmiddelen betrekking hebbend op haargroei;

9. chelatietherapie;
10. keuringen en attestaten;
11. vaccinaties en alle preventieve maatregelen die verband houden met het reizen naar en verblijf in het buitenland;
12. elke fertiliteitsbevordering (uitgezonderd het vermelde in artikel 1.1.17);
13. dyslexiebehandelingen;
14. privé-klinieken, met uitzondering van zelfstandige behandelcentra.

2 Begripsomschrijvingen

(in alfabetische volgorde)

Apotheker.

Een in Nederland gevestigde apotheker die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Arts.

Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Audiologische hulp.

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehooraratuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

AWBZ.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Bijkomende kosten.

De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische behandeling in een door de overheid erkende instelling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, pacemakers, bestralingen, narcose, en gebruik operatiekamer of polikliniek).

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

Een in Nederland gelegen instelling die conform de wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen.

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkend of voorlopig erkend universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Dagverpleging.

Korter dan 24 uur durende (zgn. poliklinische) bedverpleging in het zie-

kenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het in dezelfde periode plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

Eigen bijdrage.

Bijdrage in aanvulling op vergoeding vanuit de verzekering, die verzekerde zelf verschuldigd is voor verstrekkingen zoals genoemd in artikel 1.1.8.7, 1.1.17, 1.1.22, (1.3 en 6.4).

Ergotherapeut.

Een in Nederland werkzame ergotherapeut, verbonden aan een revalidatiecentrum, een verpleeghuis, een ziekenhuis of thuiszorgorganisatie, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, orthoptist en podotherapeut'.

Farmaceutische zorg.

Farmaceutische zorg omvat:

De bij ministeriële Regeling aangewezen onderdelen van farmaceutische zorg, zoals verwoord is in de Regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.

Fysiotherapeut.

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de wet BIG.

Gezin.

De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden, zulks ter beoordeling van Zorg en Zekerheid. (Twee gehuwden dan wel twee ongehuwden die aangetoond duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren, al dan niet met ongehuwde kinderen. Een alleenstaande met één of meer ongehuwde kinderen).

Huisarts.

Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Genees-

kunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.

Hulpmiddelen.

Hulpmiddelen omvatten de medische middelen die in de Regeling Hulpmiddelen, zoals die is vastgesteld door Zorg en Zekerheid en door Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

Kaakchirurg.

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kaakorthopedische behandeling (orthodontie).

Behandeling of onderzoek, volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor een orthodontist is ingeschreven.

Kinderen.

Ongehuwde eigen, adoptief- en pleegkinderen tot en met 18 jaar.

Kraamcentrum.

Een conform de bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door de verzekeraar erkende instelling.

Kraamzorg.

De zorg voor moeder en het pasgeboren kind ten huize van de verzekerde verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorg(st)er.

Logopedist.

Een in Nederland gevestigd logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Medische noodzaak.

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.

Niet-klinische (poliklinische) specialistische hulp.

Specialistische hulp niet verleend tijdens een opname.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck.

Een in Nederland gevestigd oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

Ongeval.

Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht waarvan door de verzekeraar de aard en plaats geneeskundig vast te stellen zijn.

Opname.

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek, en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden en onafgebroken behandeling door een specialist medisch noodzakelijk is.

Orthodontist.

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Persoonsregistratie.

Een samenhangende verzameling van op verschillende personen betrekking hebbende persoonsgegevens, die langs geautomatiseerde weg wordt gevoerd of met het oog op een doeltreffende raadpleging van die gegevens systematisch is aangelegd.

Privé-kliniek.

Een in Nederland en/of buitenland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium niet door de bevoegde overheidsinstanties is toegelaten en erkend.

Revalidatie.

Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. De hulp wordt verleend door een aan een daarvoor door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts.

Specialist.

Een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Specialistische hulp.

Hulp of onderzoek, volgens medische normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

Tandarts.

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Tandprotheticus.

Een in Nederland gevestigd tandprotheticus die voldoet aan de eisen als vermeld in het besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

U/verzekerde.

Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig als verzekerde dan wel als medeverzekerde is aangeduid.

Verloskundige.

Een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Verzekeringnemer.

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar heeft aangegaan.

Verzekeringsjaar.

De periode, zoals omschreven op het polisblad en de daarop volgende 12 maanden of, na verlenging van de verzekering tot de daarop volgende aaneengesloten periode van twaalf maanden.

Wet BIG.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wij/ons/verzekeraar/Zorg en Zekerheid.

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.

Zelfstandig Behandel Centrum

Een in Nederland gelegen inrichting voor dagverpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als behandelcentrum conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Tevens dient dit centrum door Zorg en Zekerheid gecontracteerd te zijn.

Ziekenhuis.

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie, alsmede het Nederlandse Astmacentrum te Davos. In elk geval wordt er niet onder verstaan een verpleeginrichting, kuur-, herstellings- of rustoord, internaat, dagverblijf voor gehandicapten, vakantiekolonie, privé-kliniek en dergelijke.

3 Algemeen

3.1 Grondslag van de verzekering

3.1.1 Aanvraag

De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend aanvraagformulier alsmede de eventuele daarnaast verstrekte gegevens.

3.1.2 Aanvaarding polis

Door aanvaarding van de polis neemt verzekeringsnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat deze in voor de juistheid en volledigheid van de aan Zorg en Zekerheid verstrekte mededelingen bedoeld bij lid 3.1.3.

3.1.3 Verzwijging

Zorg en Zekerheid is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens in strijd waren met de waarheid of onvolledig waren of omstandigheden worden verzwegen, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien Zorg en Zekerheid daarvan kennis had genomen. Dit laat onverkort het recht van Zorg en Zekerheid een beroep te doen op nietigheid van de verzekering conform artikel 251 wetboek van Koophandel. Als Zorg en Zekerheid in verband met verzwijging onderzoekskosten maakt, dan worden deze bij u in rekening gebracht.

3.1.4 Kinderen

Voor kinderen geboren tijdens de duur van de verzekering, is de verzekering vanaf de geboorte van kracht mits:

- zij binnen een maand na hun geboorte aan Zorg en Zekerheid ter verzekering worden voorgedragen;
- er geen verzekeringsovereenkomst op basis van de Standaardpakketpolis kan worden gesloten.

Dit geldt eveneens voor adoptief- en pleegkinderen met ingang van de datum van de feitelijke opneming van het kind in het gezin in Nederland, met dien verstande dat afhankelijk van acceptatie door Zorg en Zekerheid

op grond van de gezondheidstoestand van het kind een Basis Privé Polis of een verzekeringsovereenkomst op basis van de Standaardpakketpolis kan worden gesloten.

Allen daarvoor in aanmerking komende kinderen zijn verzekerd onder deze polis.

3.1.5 **Inlichtingen**

De verzekeringnemer machtigt Zorg en Zekerheid omtrent bestaande of vroegere ziekten en gebreken alle inlichtingen in te winnen, die Zorg en Zekerheid noodzakelijk acht. De verzekeringnemer verplicht zich om desverzocht alle hiervoor in aanmerking komende artsen en andere instanties te machtigen de gevraagde inlichtingen aan de medische adviseur te verstrekken.

3.1.6 **Vrije keuze**

De verzekerde is vrij in de keuze van zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie, tenzij anders bepaalt in de voorwaarden (zie hiervoor omschrijving kraamcentrum en zelfstandig behandel centrum en zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie).

3.2 **Registratie van persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing, hetgeen ter inzage ligt bij Zorg en Zekerheid.

3.3 **Begin en einde van de vergoeding**

De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode gedurende welke deze verzekering van kracht is, waarbij de datum van behandeling bepalend is en niet dagtekening van de nota's. Een en ander met inachtneming van de artikelen 5.3, 3.1.3.

4 Verplichtingen van de verzekeringsnemer

De verzekeringsnemer is verplicht er voor te zorgen dat:

- 4.1 een opname in een ziekenhuis wordt gemeld, zodra de noodzaak ertoe is gebleken. Indien in verband met het spoedeisende karakter melding vooraf niet mogelijk is, dient de melding uiterlijk binnen 3 dagen na de opname plaats te vinden. De melding dient te geschieden aan Zorg en Zekerheid.
U bent verplicht de behandelend arts of specialist te machtigen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid.
- 4.2 een verwijzing van de huisarts of tandarts wordt overgelegd bij niet-klinische specialistische en paramedische behandeling, indien door Zorg en Zekerheid hierom wordt gevraagd.
- 4.3 toestemming vooraf van Zorg en Zekerheid, zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen en instellingen, op een zodanig tijdstip wordt aangevraagd dat Zorg en Zekerheid de gelegenheid heeft alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zodanige nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.
- 4.4 alle originele nota's zo spoedig mogelijk maar in ieder geval vóór 31 december van het jaar volgend op het jaar van de behandeling aan ons toe te sturen. Indien u dit niet doet vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet. U dient gebruik te maken van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier c.q. stickers.
- 4.5 computernota's gewaarmerkt zijn door de zorgverlener.
- 4.6 alle nota's op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.
- 4.7 Zorg en Zekerheid medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.
- 4.8 Zorg en Zekerheid geïnformeerd wordt omtrent feiten, die met zich mee

kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden. U verstrekt Zorg en Zekerheid in dat verband alle benodigde inlichtingen.

U treft geen enkele regeling met de tegenpartij of diens verzekeringsmaatschappij, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid.

U onthoudt zich van handelingen waardoor Zorg en Zekerheid in haar belangen kan worden geschaad. Wanneer de belangen van Zorg en Zekerheid worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden.

- 4.9 Iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering die invloed kan hebben op de rechten en plichten, die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid mee te delen.

Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:

- het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke ziektekostenregeling (zoals IZA, IZR);
 - verhuizing;
 - huwelijk;
 - samenwoning;
 - geboorte;
 - overlijden.

Door het nalaten van het hierboven bepaalde vervalt een eventueel recht op restitutie van de premie.

Kennisgevingen door Zorg en Zekerheid aan de verzekeringsnemer, gericht aan haar/zijn laatst bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

Wanneer u de wijziging niet binnen 30 dagen aan ons meldt gaan de wijzigingen pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum.

5 Premie

5.1 Premiesamenstelling

- De verzekeringnemer is premie verschuldigd voor maximaal twee kinderen;
- de leeftijd en woonplaats van de verzekerde op 1 januari van een jaar is bepalend voor de premie van dat jaar, tenzij anders vermeld.

5.2 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie waaronder bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen en de kosten, hierna te noemen de premie, vooruit te betalen. Het is u niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de verzekeraar te vorderen vergoeding.

5.3 Niet-betaling

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, gelden de volgende bepalingen;

- Zorg en Zekerheid kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, onder mededeling, dat bij niet-voldoening binnen de gestelde termijn, de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. U blijft verplicht de premie te voldoen;
- indien Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering, komen alle kosten van invordering, zowel de gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van u;
- de dekking wordt weer van kracht op de dag, volgende op die, waarop het verschuldigde bedrag, inclusief de kosten, door Zorg en Zekerheid is ontvangen.

Voor de kosten waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de dekking was opgeschort, is geen vergoeding verschuldigd.

5.4 Premierestitutie

Bij beëindiging van de verzekering voor één of meer personen zal restitutie plaatsvinden:

- ingeval van overlijden, en wel per de eerste van de maand volgend op die waarin de verzekerde is overleden;
- ingeval van beëindiging in verband met toetreding tot ziekenfonds of

publiekrechtelijke ziektekostenregeling en wel per de datum als bedoeld in artikel 7.2;

- in geval beëindiging als bedoeld in artikel 8.2.

5.5 **Sluimerverzekering**

Voor de verzekeringsnemer tot de leeftijd van 50 jaar bestaat de mogelijkheid de verzekering te laten sluimeren tot een gereduceerd tarief 8% van het dan geldende tarief en men dient verzekerd te zijn bij de O.W.M. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of Salland Verzekeringen. Bij het opnieuw doen ingaan van de dekking is dan geen gezondheidsverklaring vereist. Tijdens de sluimerdekking geldt voor op de polis verzekerde personen geen recht op dekking.

Indien u elders verzekerd bent, bestaat tevens de mogelijkheid om gebruik te maken van de sluimerverzekering. Wel geldt er dan een medische acceptatie.

6 Eigen risico

- 6.1 Het op het polisblad genoemde eigen risico is per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringsnemer.
- 6.2 Indien voor een onderdeel van het verzekerd pakket een maximum bedrag is vermeld, dan blijft het maximum zowel voor de toepassing van het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht.
- 6.3 Indien een opname in een ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begint, is voor die opname slechts één keer het gekozen eigen risico van toepassing.
- 6.4 Indien voor een onderdeel van het verzekerde pakket een speciaal eigen risico of een eigen bijdrage geldt, zal bij berekening van de uitkering eerst dit speciale eigen risico of deze eigen bijdrage en daarna het op het polisblad vermelde algemene eigen risico in mindering worden gebracht.
- 6.5 Indien de eerste verzekeringsperiode niet gelijk is aan het kalenderjaar wordt het in het schema vermelde eigen risico voor die periode vermindert met 1/12 voor iedere voor de ingangsdatum reeds verstreken maand van het kalenderjaar, met dien verstande dat het bedrag van het eigen risico voor die periode niet lager wordt gesteld dan op 1/4 van het voor deze verzekering gestelde eigen risico.
- 6.6 Bij schorsing of beëindiging van de verzekering zal restitutie noch vermindering van het eigen risico plaatsvinden.
- 6.7 Wijziging van het geldende eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar. Een verzoek om verlaging van het eigen risico dient vergezeld te gaan van een ingevuld gezondheidsvragenformulier.
- 6.8 Rechtstreeks notaverkeer met zorgverleners
In het geval dat Zorg en Zekerheid gedekte medische kosten rechtstreeks heeft vergoed aan een hulpverlener of instelling en hierop is nog een eigen risico van toepassing, dan moet de verzekerde het opgelegde eigen risico terugbetalen bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid.

Indien u niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:

- Zorg en Zekerheid kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, onder de mededeling dat bij niet tijdige voldoening binnen de gestelde termijn, de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na datum postmerk van berichtgeving tot betaling van het verschuldigde bedrag. U blijft verplicht de betaling te voldoen;
- de dekking wordt weer van kracht op de dag, volgend op die waarop het verschuldigde bedrag inclusief de eventuele kosten door Zorg en Zekerheid is ontvangen. Bij beëindiging van de verzekering, zal invordering onmiddellijk plaatsvinden.

7 Duur van de verzekering

7.1 Algemeen

7.1.1 Termijn.

De verzekering is aangegaan:

- voor het lopende jaar en het kalenderjaar daarop volgend, indien de verzekering ingaat op een andere datum dan 1 januari van dat jaar.

7.1.2 Voortzetting/Opzegging.

De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad omschreven periode en wordt daarna stilzwijgend voor een kalenderjaar verlengd.

7.2 Beëindiging

De verzekering eindigt:

- na afloop van de overeengekomen termijn, indien de Verzekeringnemer Zorg en Zekerheid per aangetekend schrijven twee maanden voor afloop van de lopende termijn in kennis zal hebben gesteld geen prijs te stellen op verlenging van de Verzekeringsovereenkomst;
- op het tijdstip waarop de verzekerde ophoudt Nederlands ingezetene te zijn;
- op de eerste van de maand waarin de verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt;
- voor kinderen, die tijdens de duur van de verzekering de 19-jarige leeftijd bereiken, is deze verzekering per de eerste van de daarop volgende maand niet meer van kracht. Aansluitend kunnen zij zonder acceptatie, tegen de premies en voorwaarden die op dat moment gelden zelfstandig een soortgelijke verzekering afsluiten;
- bij overlijden van de verzekeringnemer of de verzekerde;
- met ingang van de dag waarop Zorg en Zekerheid, onder overlegging van het bewijs van inschrijving in het ziekenfonds of de publiekrechtelijke ziektekostenregeling (of een kopie daarvan), deze mededeling heeft ontvangen, maar niet eerder dan de ingangsdatum van de bovengenoemde ziektekostenregeling.
- voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer in Nederland woonachtig is.

Zorg en Zekerheid heeft niet het recht de verzekering te beëindigen, behalve:

- bij verzwijging of onjuiste opgaven op een door hem te bepalen tijdstip;
- in geval van schorsing als bedoeld in artikel 5.3;
- bij bedrog.

8 Herziening van de premie en/of voorwaarden

8.1 Herziening

- Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende polissen, en bloc dan wel groepsgewijs te herzien;
- en dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum. Zorg en Zekerheid doet van een herziening mededeling, eventueel op premiekwitanties.

8.2 Recht van opzegging

- Indien u met een dergelijke herziening niet akkoord gaat, kunt u dit binnen 30 dagen nadat de wijziging door Zorg en Zekerheid bekend is gemaakt, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid doorgeven. Wij beëindigen de verzekering op de dag waarop de wijziging ingaat, met restitutie van premie over de niet verstreken periode waarover premie is betaald.

8.3 De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing

- bij een herziening van de premie en/of voorwaarden, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
- bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking;
- bij een herziening die onmiddellijk voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens van een verzekerde;
- bij een verhuizing naar een regio met regiotoeslag.

8.4 Voortzetting verzekering

Heeft de verzekeraar voor de 31e dag na de onder 8.1 genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringsnemer ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

9 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

9.1 Verstrekkingen

De verzekeraar is uitvoeringsorgaan van de AWBZ.

Aanspraken op verstrekkingen krachtens de AWBZ worden conform deze wet gehonoreerd. In het kort omvatten deze verstrekking o.a.:

- opname in een verpleeghuis;
- opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis;
- niet-klinische psychiatrische behandeling.

9.2 Recht op verstrekkingen

Aanspraak op verstrekkingen krachtens de AWBZ bestaat uitsluitend voor zover de verstrekte hulp en middelen dan wel geleverd:

- door personen of instellingen met wie Zorg en Zekerheid als uitvoeringsorgaan van de AWBZ overeenkomsten in de zin van de wet heeft gesloten.

Na vooraf gevraagde en door het uitvoeringsorgaan van de AWBZ verleende toestemming.

9.3 Polisdekking

Voor verstrekkingen krachtens de AWBZ waarop de verzekerden op grond van die wet geen recht hebben, kunnen verzekerden evenmin recht op vergoeding ontlenen aan deze verzekering.

10 Vrijwaring van aansprakelijkheid

Zorg en Zekerheid is jegens de verzekeringsnemer niet aansprakelijk voor schade door haar/hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling, niet zijnde de verzekeraar, tot wie of welke de verzekeringsnemer of de verzekerde zich heeft gewend om haar/zijn aanspraak op een vergoeding in het kader van deze voorwaarden geldend te maken.

11 Geschillenregeling

Op de verzekering die wordt gesloten bij O.W.M. Zorg en Zekerheid Verzekering u.a. is Nederlands recht van toepassing.
Klachten naar aanleiding van de overeenkomst kunt u schriftelijk indien bij:

Zorg en Zekerheid
t.a.v. De Klachtencommissie
Postbus 400
2300 AK LEIDEN

Bent u het niet eens met de beslissing die Zorg en Zekerheid heeft genomen over uw klacht, of heeft u binnen één maand geen reactie ontvangen? Dan heeft u de mogelijkheid zich te wenden tot:

Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 93560
2509 AN DEN HAAG

Bedenktijd:

Mocht na ontvangst van de polis de verzekering niet aan uw verwachtingen voldoen dan is het mogelijk om binnen 14 dagen na ontvangst van de polis de aangevraagde verzekering te annuleren.



Waar kunt u terecht voor informatie?

Postadres:
Zorg en Zekerheid
Postbus 400
2300 AK LEIDEN
www.zorgenzekerheid.nl

Telefonische informatie

Voor meer informatie toegespitst op uw persoonlijke situatie kunt u contact opnemen met onze medewerkers.

Zij zijn op werkdagen van 08.00 tot 18.00 uur bereikbaar op het volgende telefoonnummer:

(071) 5 825 555

Persoonlijke informatie

Voor persoonlijke informatie kunt u terecht bij onze verzekeringswinkels:

Alphen aan den Rijn:

Aarplein 6,
maandag t/m vrijdag
van 09.00 tot 18.00 uur
en vrijdag van 18.30
tot 21.00 uur

Amstelveen:

Burg. Haspelslaan 45,
maandag t/m vrijdag
van 09.00 tot 18.00 uur

Hoofddorp:

Concourslaan 18,
maandag t/m vrijdag
van 09.00 tot 18.00 uur
en vrijdag van 18.30
tot 21.00 uur

Katwijk:

Dwarsstraat 19,
maandag t/m vrijdag
van 09.00 tot 18.00 uur

Leiden:

Korevaarstraat 2,
maandag t/m vrijdag
van 09.00 tot 18.00 uur
en donderdag van 18.30
tot 21.00 uur

Lisse:

Koninginneweg 97
(*Lisser Passage*),
maandag t/m vrijdag
van 09.00 tot 18.00 uur
en donderdag van 18.30
tot 21.00 uur

Rijdende verzekeringswinkel door de gehele regio

Zorg en Zekerheid

Zorg en Zekerheid

Postbus 400

2300 AK Leiden

www.zorgenzekerheid.nl