

**Zorg en Zekerheid**

ZIEKENFONDS & PARTICULIER



2003

**Polisvoorwaarden  
Basis Privé Polis**



**Polisvoorwaarden**

**Basis Privé Polis**

**2003**

	<b>Hoe krijgt u de gemaakte ziektekosten vergoed?</b>	5
<b>1.</b>	<b>Begripsomschrijvingen</b>	6
<b>2.</b>	<b>Dekking</b>	11
2.1	Opname	11
2.2	Dagverpleging	11
2.3	Niet-klinische specialistische behandeling	12
2.4	Bevalling	13
2.5	Kraamzorg	14
2.6	Revalidatie	14
2.7	Nierdialyse	15
2.8	Tandheelkundige hulp	15
2.9	Paramedische hulp	19
2.10	Behandeling door de huisarts	21
2.11	Trombosedienst	22
2.12	Hulp door een audiologisch centrum	22
2.13	Erfelijkheidsonderzoek	22
2.14	Farmaceutische hulp	22
2.15	Hulpmiddelen	24
2.16	Orgaantransplantaties	25
2.17	Fertiliteitsbevordering	25
2.18	Sterilisatie	26
2.19	Second opinion	26
2.20	Chronisch intermitterende beademing	26
2.21	Leukemie bij kinderen	27
2.22	Ziekenvervoer	27
2.23	Buitenlanddekking	28
2.24	Opname in een hogere klasse	29
2.25	Uitsluitingen	30
<b>3.</b>	<b>Verzekeringsvoorwaarden</b>	33
3.1	Grondslag van de verzekering	33
3.2	Verplichtingen van de verzekeringnemer	34
3.3	Premie	36
3.4	Eigen risico	37
3.5	Duur van de verzekering	39
3.6	Herziening van de premie en/of voorwaarden	40
3.7	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	41
3.8	Vrijwaring van aansprakelijkheid	42
3.9	Geschillenregeling	42
<b>4.</b>	<b>Waar kunt u terecht voor meer informatie?</b>	43

## Hoe krijgt u de gemaakte ziektekosten vergoed?

Tenzij anders vermeld in dit boekje gaat u als volgt te werk:

- bewaar alle originele nota's en rekeningen zorgvuldig;
- vul het declaratieformulier volledig in en stuur het samen met de originele nota's en rekeningen op aan:

Zorg en Zekerheid  
Team Betaling aan Verzekerden  
Postbus 400  
2300 AK Leiden

- de inzendtermijn voor rekeningen en declaratieformulieren loopt tot 31 december van het kalenderjaar ná het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming aan te vragen. Lees dit boekje met de polisvoorwaarden dus zorgvuldig door.

Kijk voor meer informatie op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl)

### Vragen

Als u vragen heeft dan kunt u onze medewerkers van het Contact Center bellen. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 08.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer (071) 5 825 825.

De in deze polisvoorwaarden genoemde regelingen zijn onderdeel van de door u afgesloten ziektekostenverzekering en zijn op aanvraag verkrijgbaar.

Deze regelingen zijn gebaseerd op de door de overheid opgestelde Ministeriële Regelingen in het kader van de Ziekenfondswet.

### 1. **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, advisering over de aanschaf van hoorapparaat, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en indien noodzakelijk psychosociale hulp bij problemen met een 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 (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, pacemakers, bestralingen, narcose en gebruik van operatiekamer of polikliniek).

#### **Centrum voor erfelijkheidsonderzoek**

Een in Nederland gevestigde instelling die conform de wettelijk gestelde regels bevoegd is tot het uitvoeren van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsonderzoek en -adviesing.

#### **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 een ziekenhuis voor een onderzoek of behandeling door een specialist binnen genoemde periode en waarvan de noodzaak vooraf te bepalen is.

### **Eigen bijdrage**

Bijdrage in aanvulling op vergoeding vanuit de hoofdverzekering, die verzekerde zelf verschuldigd is voor verstrekkingen zoals genoemd in artikel 3.4 van de verzekeringsvoorwaarden.

### **Ergotherapeut**

Een in Nederland gevestigde ergotherapeut die rechtsgeldig de titel voert conform artikel 34 van de Wet BIG.

### **Farmaceutische zorg**

Farmaceutische zorg omvat de bij Ministeriële Regeling aangewezen onderdelen van farmaceutische zorg, zoals omschreven 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.

### **Gezin**

Twee gehuwden dan wel twee ongehuwden al dan niet met ongehuwde kinderen, een alleenstaande met één of meer ongehuwde kinderen die aangevoeld duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren.

### **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 Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.

### **Hulpmiddelen**

Hulpmiddelen omvatten de medische hulpmiddelen die door Zorg en Zekerheid in het Reglement hulpmiddelen 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)**

Een volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaarde behandeling of onderzoek behorend tot het specialisme waarvoor een orthodontist is ingeschreven.

### **Kinderen**

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

### **Kraamcentrum**

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig 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 gevestigde logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

### **Medisch noodzakelijk repatriëring**

Repatriëring is het medisch noodzakelijk ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar een Nederlands ziekenhuis, revalidatie-instelling of verpleeghuis, voor zover sprake is van verblijf in het buitenland als bedoeld in paragraaf 2.23.

### **Niet-klinische (poliklinische) specialistische hulp**

Specialistische hulp waarbij geen sprake is van 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 in een ziekenhuis gedurende meer dan 24 uur, indien en zolang op medische grond verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen plaatsvinden of een 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 orthodontie 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.

### **Privékliniek**

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

### **Revalidatie**

Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke of revalidatietechnische aard.

De hulp moet worden verleend door een multidisciplinair team van deskundigen dat aan een daarvoor door de overheid toegelaten instelling voor revalidatie is verbonden en onder leiding staat 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 dat volgens de algemeen aanvaarde medische normen tot het specialisme behoort 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 volgens de wet BIG.

### **U/de verzekerde/de medeverzekerde**

De gene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig als verzekerde dan wel als medeverzekerde bij de verzekeraar is ingeschreven.

### **Verloskundige**

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

### **Verzekeringnemer**

De gene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan

### **Verzekeringsjaar**

De op het polisblad omschreven periode en de daaropvolgende aaneengesloten periode van 12 maanden of, na verlenging van de verzekering, elke daaropvolgende aaneengesloten periode van 12 maanden.

### **Wet BIG**

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. In deze wet worden onder meer opleidingseisen en deskundigheidseisen van verschillende zorgverleners vastgelegd.

### **Wij/ons/verzekeraar/Zorg en Zekerheid**

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Verzekeringen u.a.

### **Zelfstandig Behandelcentrum**

Een in Nederland gevestigde inrichting voor dagverpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als behandelcentrum conform de bij wet gestelde regels is toegelaten. Dit centrum dient tevens 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.

### **Zotel**

Een instelling voor verpleging van zieken, direct aansluitend op opname of behandeling in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

## 2. 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, 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.

### 2.1 Opname

U heeft recht op een vergoeding voor de kosten van opname in de klasse waarvoor u bent verzekerd in een ziekenhuis of sanatorium in Nederland.

Deze kosten bestaan uit:

- de kosten van verpleging voor de duur van de opname;
- de kosten van specialistische of kaakchirurgische hulp;
- de verpleegkosten van een meeverzekerd kind tot drie maanden oud, dat vanwege de verpleging van de moeder ook in het ziekenhuis moet verblijven.

### 2.2 Dagverpleging

U heeft recht op een vergoeding voor de kosten van dagverpleging in een ziekenhuis. Deze kosten bestaan uit:

- de kosten voor het medisch noodzakelijke verblijf in een ziekenhuis die een direct verband houden met een specialistische behandeling of onderzoek (M10-tarief);
- de bijkomende kosten;
- het honorarium van de specialist.

Als u voor dagverpleging in een zelfstandig behandelcentrum (voorheen privé-kliniek) kiest, dan is vooraf toestemming vereist van Zorg en Zekerheid.

### Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)

U heeft recht op een vergoeding van de kosten van behandeling in een Zelfstandig Behandel Centrum

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- u moet vooraf toestemming vragen aan Zorg en Zekerheid;
- behandeling is uitsluitend mogelijk in ZBC's waarmee Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft afgesloten.

### Zotel overnachtingen

U heeft recht op een vergoeding van de kosten van een verblijf in een Zotel.

Voor vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- u moet vooraf toestemming vragen aan Zorg en Zekerheid;
- alleen in aansluiting op een operatieve ingreep in een ZBC waarmee een overeenkomst bestaat;
- maximaal 2 nachten;
- het Zotel declareert zelfstandig de kosten van verblijf.

## 2.3 Niet-klinische specialistische behandeling

U heeft recht op een vergoeding voor niet-klinische specialistische behandelingen in Nederland.

Deze kosten bestaan uit:

- de kosten van een specialistische behandeling op advies van een huisarts, tandarts of specialist, waarbij geen sprake is van opname in een ziekenhuis;
- de bijkomende kosten die in direct verband staan met de niet-klinische specialistische behandeling.

Als u voor dagverpleging in een zelfstandig behandelcentrum (voorheen privé-kliniek) kiest, dan is vooraf toestemming vereist van Zorg en Zekerheid.

## **2.4 Bevalling**

### **2.4.1. Bevalling op medische indicatie**

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op een vergoeding van de kosten voor een bevalling op medische indicatie in een ziekenhuis.

Deze kosten bestaan uit:

- de kosten van verpleging tot en met de dag van de bevalling;
- het honorarium voor verloskundige hulp en bijkomende kosten.

### **2.4.2. Bevalling zonder medische indicatie in een ziekenhuis of kraaminrichting**

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op een vergoeding van de kosten voor een (poliklinische) bevalling.

Deze kosten bestaan uit:

- het honorarium voor de verloskundige hulp;
- de kosten voor het gebruik van de polikliniek.

### **2.4.3. Bevalling thuis**

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op een vergoeding van de kosten voor bevalling thuis.

Deze kosten bestaan uit:

- het honorarium voor de verloskundige hulp;
- de kosten van de inschrijving, intake en partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling door een kraamcentrum.

### 2.5 Kraamzorg

#### 2.5.1. Kraamzorg thuis (in natura)

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op een vergoeding van de kosten voor kraamzorg van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste tien aaneengesloten dagen.

#### 2.5.2. Kraamzorg na een bevalling op medische indicatie in een ziekenhuis

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op een vergoeding voor de kosten van kraamzorg in een ziekenhuis.

Deze kosten bestaan uit:

- de verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse.

Voor deze vergoeding geldt als voorwaarde dat de bevalling plaatsvindt op medische indicatie in een ziekenhuis.

#### 2.5.3. Kraamzorg in geld

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op een vergoeding van € 115,- per dag gedurende een periode van 8 dagen vanaf de dag van de bevalling.

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

Voor vergoeding van de onder paragraaf 2.5 genoemde kosten, gelden de volgende voorwaarden:

- vergoeding van kraamzorg in geld moet na de bevalling worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid. Hiervoor kunt u bij ons het benodigde formulier aanvragen;
- de verzekerde moet zich uiterlijk 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aanmelden bij een kraamcentrum.

Slechts één van de bovengenoemde vormen van kraamzorg, genoemd onder paragraaf 2.5, wordt vergoed.

### 2.6 Revalidatie

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor revalidatie in een klini-

sche (opname) of poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).  
Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

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

## 2.7 Nierdialyse

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij u thuis.

Deze kosten bestaan uit:

- een vergoeding bij thuisdialyse voor bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

Voor deze vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- voor de vergoeding van niet-medische kosten bij thuisdialyse dient u vooraf toestemming te vragen aan Zorg en Zekerheid, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

## 2.8 Tandheelkundige hulp

### 2.8.1 Tandheelkundige hulp aan jeugdigen

U heeft recht op een vergoeding van € 230,- per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van tandheelkundige hulp door een tandarts, centrum voor jeugd tandzorg of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Deze vergoeding geldt alleen voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

### 2.8.2 Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden vanaf 18 jaar

U heeft per kalenderjaar recht op een vergoeding van de kosten voor de volgende behandelingen met de bijbehorende codes:

<u>Behandeling</u>	<u>Tariefcode</u>
periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar	C11
incidenteel consult	C13
schriftelijke medische anamnese	C22
röntgenonderzoek	X10, X21
röntgenonderzoek t.b.v. orthodontie	X22, X24
chirurgische tandheelkundige hulp	codes beginnend met H

### 2.8.3 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

U heeft recht op een vergoeding van 90% van de kosten van een tandheelkundige behandeling in bijzondere gevallen.

Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de behandeling vindt plaats in gevallen waarbij een van de onderstaande lichamelijke aandoeningen of aangeboren of verworven tandheelkundige afwijkingen heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel:
  - a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen ten minste 10 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 gezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect);
  - e. een lip-, kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis);
- de behandeling vereist een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid.



Voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid aan de hand van een goedgekeurd behandelplan.

U kunt geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten van een voorgestelde behandeling als die naar het oordeel van een medisch adviseur van Zorg en Zekerheid niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

#### **2.8.4 Tandheelkundige implantaten**

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten die verband houden met het inbrengen van implantaten in de kaak.

Deze kosten bestaan uit:

- het honorarium van de kaakchirurg (en van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. Als de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Voor deze 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 dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid aan de hand van een goedgekeurd behandelplan.

U kunt geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten van een voorgestelde behandeling als die naar het oordeel van Zorg en Zekerheid niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

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

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor het behandeltraject door een tandarts met een maximum van € 230,- per kalenderjaar.

Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- er moet sprake zijn van een lichamelijke en/of verstandelijke handicap, waardoor een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is (artikel 2.8.1. is in dit geval niet van toepassing);
- de verzekerde met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap kan geen aanspraak maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ;
- er dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

### **2.8.6 Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen**

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

Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

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

### **2.8.7 Uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of de onderkaak (= kunstgebit)**

U heeft recht op een vergoeding van:

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

Voor deze vergoedingen gelden de volgende voorwaarden:

- de behandeling moet worden verricht door een tandarts, centrum voor bijzondere tandheelkunde of tandprotheticus;
- indien de totale kosten van de prothetische voorziening (inclusief techniekkosten) meer dan € 455,- per boven- of onderkaak bedragen, dient voor de aanschaf vooraf toestemming te worden verleend door Zorg en Zekerheid.

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

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor 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,-. Deze bijdrage telt niet mee voor het eigen risico.

Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- er dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid;
- de behandeling moet worden verricht door een tandarts of centrum van bijzondere tandheelkunde.

## **2.9 Paramedische hulp**

### **2.9.1. Fysiotherapie**

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor:

- maximaal negen fysiotherapeutische behandelingen per indicatie, per verzekerde, per kalenderjaar;
- negen extra fysiotherapeutische behandelingen per indicatie, per kalenderjaar voor verzekerden tot 18 jaar;
- het noodzakelijke aantal fysiotherapeutische behandelingen in verband met een indicatie, overeenkomstig de Regeling Fysiotherapie en Oefentherapie Mensendieck/Cesar, zoals door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

Als onderdeel van de onder fysiotherapie genoemde vergoedingen kunnen maximaal zes behandelingen manuele therapie worden vergoed.

Voor deze vergoedingen gelden de volgende voorwaarden:

- de fysiotherapie moet verleend worden door een fysiotherapeut;
- de manuele therapie moet verleend worden door een fysiotherapeut die geregistreerd staat als manueel therapeut;
- de therapie moet medisch noodzakelijk zijn en door uw behandelend arts of specialist worden voorgeschreven;

- de chronische aandoening moet onder de Regeling Fysiotherapie en Oefentherapie Mensendieck/Cesar vallen, 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.

### 2.9.2. Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck

U heeft recht op een vergoeding van:

- de kosten voor de eerste negen behandelingen per indicatie, per verzekerde, per kalenderjaar;
- de kosten voor negen extra behandelingen per indicatie, per kalenderjaar op verwijzing van huisarts of specialist;
- de kosten voor 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 worden toegepast 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 valt onder de Regeling Fysiotherapie en Oefentherapie Mensendieck/Cesar zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld;

### 2.9.3. Logopedie

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor logopedische behandeling. Voor deze vergoeding geldt als voorwaarde dat de therapie wordt verleend door een logopedist en alleen op verwijzing van huisarts of (tandheelkundig) specialist.

U kunt geen aanspraak maken op een vergoeding van de kosten voor:

- de behandeling van dyslexie;
- de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van dialect of anderstaligheid.

#### **2.9.4. Enkelvoudige extramurale ergotherapie**

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor maximaal tien uur hulp op jaarbasis voor advisering, instructie, training of behandeling voor het gebruik van hulpmiddelen en voorzieningen in de thuissituatie met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Voor deze vergoeding geldt de volgende voorwaarde:

- de therapie dient plaats te vinden in de thuissituatie of behandelruimte in een revalidatiecentrum, verpleeghuis, ziekenhuis of thuiszorgorganisatie door een aan één van deze instellingen verbonden ergotherapeut.

### **2.10 Behandeling door de huisarts**

U heeft recht op een vergoeding van:

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

U kunt geen aanspraak maken op een 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.

### 2.11 Trombosedienst

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor hulp door de trombose-dienst. Voor deze vergoeding geldt als voorwaarde dat de hulp is voorgeschreven door een huisarts of specialist.

### 2.12 Hulp door een audiologisch centrum

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor hulp die wordt verleend door een audiologisch centrum dat door de daartoe bevoegde overheidsinstantie is toegelaten.

Voor deze vergoeding geldt als voorwaarde dat de hulp is voorgeschreven door een huisarts, kinderarts of keel-, neus-, en oorarts (KNO-arts).

### 2.13 Erfelijkheidsonderzoek

U heeft recht op een vergoeding van:

- de kosten voor onderzoek naar en van een erfelijke afwijking door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- de kosten voor de erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding;
- adviesing in verband met noodzakelijk onderzoek bij andere personen.

Voor deze vergoeding geldt als voorwaarde dat de hulp op verwijzing van de huisarts of specialist plaatsvindt in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

U kunt geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten van onderzoek van andere personen dan de verzekerde (deze komen voor rekening van de onderzochte persoon/personen) of als de hulp plaatsvindt in een zelfstandig behandelcentrum.

### 2.14 Farmaceutische hulp

#### 2.14.1 Geneesmiddelen

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor:

- farmaceutische hulp overeenkomstig de Regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld;

- een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift (recept).

Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- het door de overheid vastgestelde geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS) is van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding is vastgesteld. Geneesmiddelen waarvoor (nog) geen limiet aan de vergoeding is vastgesteld, vallen in beginsel buiten de vergoeding, tenzij de Regeling Farmaceutische Zorg of de verzekeraar anders bepaalt. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan voor het geneesmiddel vastgestelde vergoedingslimiet dan worden de kosten tot aan deze limiet vergoed;
- de farmaceutische hulp moet zijn voorgeschreven door een huisarts, specialist, tandarts of verloskundige;
- de farmaceutische hulp moet zijn geleverd onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheehouder huisarts.

Per voorschrift worden geneesmiddelen vergoed voor een periode van maximaal:

- vijftien dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- een half jaar, indien het orale anticonceptiva betreft;
- drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten waaronder insuline, met uitzondering van hypnotica, anio-lytica of eetlustremmende geneesmiddelen;
- vijftien dagen, indien het een geneesmiddel betreft ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica;
- een maand in overige gevallen.

### **2.14.2 Dieetpreparaten**

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor dieetpreparaten overeenkomstig de Regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- er dient sprake te zijn van een ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis of een ernstige voedselallergie;
- er dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid.

### 2.14.3 Verbandmiddelen

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor verbandmiddelen.

Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

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

### 2.15 Hulpmiddelen

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen overeenkomstig de ministeriële Regeling Hulpmiddelen (inclusief de maximumbedragen) en het door de verzekeraar vastgestelde 'Reglement hulpmiddelen'. Dit reglement maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar bij de verzekeraar.

Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- het hulpmiddel moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts;
- de te verstekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de verzekeraar;
- daar waar de verzekeraar dit heeft aangegeven in het Reglement hulpmiddelen is voor aanschaf, vervanging, herstel of bruikleen van het betreffende hulpmiddel tijdige, voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.  
De algemene voorwaarden ten aanzien van de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende, vereisten, zijn opgenomen in het Reglement hulpmiddelen.
- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële Regeling Hulp-



middelen en/of het Reglement hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde; onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

## 2.16 Orgaantransplantaties

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor:

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

Voor bovenstaande vergoedingen geldt als voorwaarde dat vooraf toestemming is verleend door Zorg en Zekerheid.

U kunt geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten van andere dan bovengenoemde organen en transplantaties.

## 2.17 Fertiliteitsbevordering

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor:

- maximaal drie IVF-pogingen per te realiseren zwangerschap per behandelde vrouwelijke verzekerde;
- operatieve ingrepen, hormoonbehandelingen en kunstmatige inseminatie in verband met ongewilde kinderloosheid;
- eenmalige donorselectie en conservering van het semen bij de Kunstmatige Inseminatie Donor (KID).

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

- er dient sprake te zijn van een algemeen geaccepteerde medische indicatie;
- de behandeling dient plaats te vinden in een vergunninghoudend ziekenhuis;
- er dient vooraf toestemming te zijn verleend door Zorg en Zekerheid, waarbij aanvullende voorwaarden kunnen worden gesteld;
- per poging geldt een eigen bijdrage van € 364,-. Deze bijdrage telt niet mee voor het overeengekomen eigen risico.

### 2.18 Sterilisatie

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor sterilisatie.

Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis en door een specialist worden uitgevoerd;
- bij sterilisatie van mannelijke verzekerden wordt ten hoogste het bedrag vergoed dat verschuldigd is bij een poliklinische behandeling.

### 2.19 Second opinion

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor het raadplegen van een andere specialist indien de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling voorstelt.

### 2.20 Chronisch intermitterende beademing

U heeft recht op een vergoeding van de kosten die verband houden met mechanische beademing in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten in verband met de door het beademingscentrum ter beschikking gestelde apparatuur op het huisadres van de verzekerde.

Voor deze vergoeding geldt als voorwaarde dat de beademing plaatsvindt op voorschrift van een specialist.

## 2.21 Leukemie bij kinderen

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

## 2.22 Ziekenvervoer

U heeft recht op een vergoeding van de kosten voor:

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

Voor deze vergoedingen gelden de volgende voorwaarden:

- vervoer per ambulance, taxi of (eigen) auto wordt alleen vergoed als openbaar vervoer om medische redenen niet verantwoord is. Dit moet blijken uit een meegestuurde noodzakelijkheidsverklaring van de behandelend arts of specialist. Deze voorwaarde geldt niet als Zorg en Zekerheid een doorlopende machtiging voor vervoer heeft afgegeven (zie onder);
- als de verzekerde gedurende een langere periode twee of meer keer per week met de taxi of (eigen) auto naar dezelfde zorgverlener moet reizen, kan de behandelend arts of specialist een doorlopende machtiging voor maximaal drie maanden aanvragen. In bijzondere gevallen kan de machtiging voor een langere periode worden afgegeven;
- de vergoeding voor gebruik van het openbaar vervoer of (eigen) auto is gebaseerd op de kortst gebruikelijke afstand;
- de kosten moeten verband houden 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;
  - vervoer naar en van de plaats waar een medische behandeling plaatsvindt en/of de behandelend specialist een praktijk uitoefent;

- vervoer naar en van een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese;
- 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,- per gezin per kalenderjaar of € 23,- per alleenstaande per kalenderjaar. Deze bijdrage telt niet mee voor het overeengekomen eigen risico.

U dient gebruik te maken van het Declaratieformulier Vervoer dat op aanvraag verkrijgbaar is bij Zorg en Zekerheid, tel: (071) 5 825 825.

Het eigen risico is niet van toepassing op ziekenvervoer, niet zijnde ambulancervervoer, hiervoor geldt een specifieke eigen bijdrage

## 2.23 Buitenlanddekking

### 2.23.1 Zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie

Bij verblijf in een lidstaat van de Europese Unie heeft u gedurende maximaal één jaar recht op een vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke zorg tot 100% van de kosten indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en volgens de dekking van de Basis Privé Polis in Nederland zouden zijn vergoed.

Voor deze vergoeding geldt als voorwaarde dat u vooraf contact opneemt met Zorg en Zekerheid om goedkeuring te verkrijgen. Zorg en Zekerheid zal u in dat geval duidelijkheid verschaffen over de exacte hoogte van de vergoeding. Als u vooraf géén contact opneemt en/of geen goedkeuring krijgt, vervalt het recht op vergoeding.

Voor vergoeding van de kosten voor vervoer geldt dat 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.

### 2.23.2 Spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland

U heeft recht op een vergoeding tot ten hoogste 200% van de kosten die volgens de verzekeringsvoorwaarden zouden worden vergoed indien u de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan (de kosten in het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam worden als uitgangspunt genomen). Deze kosten bestaan uit:

- 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 voor de 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 deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- de hulp moet spoedeisend en medisch noodzakelijk zijn;
- uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland is medisch niet verantwoord;
- de ziekenhuisopname in het buitenland dient binnen 48 uur gemeld te zijn bij Zorg en Zekerheid; hierbij moet gebruik worden gemaakt van de ANWB Alarmcentrale, tel. 0031 70 314 14 14, welke 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 met de in Nederland wettige betaalmiddelen. Hierbij wordt de omrekenkoers conform de richtlijnen van het College van Zorgverzekeringen gehanteerd. Mocht deze koers ontbreken, dan wordt de omrekenkoers op de dag van het vaststellen van de uitering gehanteerd, tenzij er sprake is van een duidelijke afwijking van de parallelkoers of het ontbreken van een notering;
- de spoedeisende en medisch noodzakelijk hulp in een land waarvoor een negatief reisadvies geldt, wordt niet vergoed. Een negatief reisadvies wordt afgegeven door het Ministerie van Buitenlandse Zaken en/of de ANVR;
- Nota's dienen bij voorkeur in het Frans, Duits of Engels opgesteld te zijn.

## **2.24. 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 aange-

gaan op basis van verplegingsklasse 2 en opname geschiedt in een ziekenhuis waar slechts één tweede klasse aanwezig is, dan geldt de verzekering voor die tweede klasse.

Als opname geschiedt in een ziekenhuis waar geen tweede klasse aanwezig of beschikbaar is, wordt een bedrag van € 25,- per opnamedag vergoed.

### 2.25. Uitsluitingen

1. U kunt geen aanspraak maken op vergoeding van kosten:

- 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 verzekeringnemer of de verzekerde daarvan reeds kennis droeg of klachten ondervond.

Het bovenstaande is niet van toepassing:

- indien de verzekeringnemer Zorg en Zekerheid vooraf schriftelijk op de hoogte heeft gesteld van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten en Zorg en Zekerheid 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 3.6.4.

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 excident 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. U kunt geen aanspraak maken op een vergoeding van kosten indien voortzetting van ziekenhuisopname naar het oordeel van een medisch adviseur van Zorg en Zekerheid medisch gezien niet langer noodzakelijk is.

4. U kunt geen aanspraak maken op een vergoeding van kosten door verschuldigde eigen bijdragen en eigen betaling krachtens de AWBZ en van bevolkingsonderzoeken.

5. U kunt geen aanspraak maken op vergoeding van kosten die verband houden met een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, 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 gedeponeerd.
6. a. Indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij, of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.  
  
b. 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).  
  
c. Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt sub 2. geen toepassing.  
  
Als krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk kan worden gesteld, is sub 2. niet van toepassing.
7. Bij kosten die verbonden zijn aan vormverbeterende en/of aspect veranderende operaties van het uiterlijk, tenzij:
  - a. bij verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte;
  - b. 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. U kunt geen aanspraak maken op een vergoeding van kosten voor:
  - Frischzellentherapie en KH3-behandelingen;
  - zwangerschapsonderbrekingen, tenzij deze zijn verricht door een gynaecoloog in een ziekenhuis;

- zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek;
- huisartsenhulp tijdens ziekenhuisopname;
- onderzoek door een psychiater, psycholoog en/of psychotherapeut;
- het ongedaan maken van een ondergane sterilisatie (waaronder rekanalisatie);
- het inbrengen van implantaten in de kaak en de kosten die hiermee verband houden (uitgezonderd het vermelde in artikel 2.8.3);
- middelen en geneesmiddelen betrekking hebbend op haargroei;
- chelatietherapie;
- keuringen en attesten;
- vaccinaties en alle andere preventieve maatregelen die verband houden met het reizen naar en verblijf in het buitenland;
- elke fertiliteitsbevordering (uitgezonderd het vermelde in fertiliteit, artikel 2.17);
- dyslexiebehandelingen;
- privé-klinieken en zelfstandige behandelcentra waarmee Zorg en Zekerheid geen overeenkomst heeft.



## **3. Verzekeringsvoorwaarden**

### **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 verzekeringnemer 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, 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 opnemings 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. Alle 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 desgevraagd 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 bepaald in de voorwaarden (zie hiervoor omschrijving kraamcentrum, zelfstandig behandelcentrum en zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie).

### 3.1.7 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.

### 3.1.8 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 3.1.3 en 3.3.3.

## 3.2 Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat:

1. 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 drie dagen na de opname aan Zorg en Zekerheid plaats te vinden. 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.

2. Een verwijzing van de huisarts of tandarts wordt overlegd bij niet-klinische specialistische en paramedische behandeling, indien door Zorg en Zekerheid hierom wordt gevraagd.
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 zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.
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 worden gestuurd. 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.
5. Computernota's gewaarmerkt zijn door de zorgverlener.
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.
7. Aan Zorg en Zekerheid medewerking wordt verleend bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.
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.
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 dertig dagen na tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid worden meegedeeld.

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. 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.

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

### 3.3 Premie

#### 3.3.1 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.

#### 3.3.2 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.

#### 3.3.3 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 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 uw rekening;
- 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.

#### **3-3-4 Premierestitutie**

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

- in geval van overlijden, en wel per de eerste van de maand volgend op die waarin de verzekerde is overleden;
- in geval van beëindiging in verband met toetreding tot ziekenfonds of publiekrechtelijke ziektekostenregeling en wel per de datum als bedoeld in artikel 3.5.2;
- in geval van beëindiging als bedoeld in artikel 3.6.3.

#### **3-3-5 Sluimerverzekering**

Voor de verzekeringnemer tot de leeftijd van 50 jaar bestaat de mogelijkheid de verzekering te laten sluimeren tot een gereduceerd tarief van 8% van het dan geldende tarief en men dient verzekerd te zijn bij de O.W.M. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. 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.

### **3.4 Eigen risico**

- Het op het polisblad genoemde eigen risico is per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer.
- Indien voor een onderdeel van het verzekerd pakket een maximum bedrag is vermeld, blijft het maximum voor zowel de toepassing van het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht.

- 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.
- 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.
- Indien de eerste verzekeringsperiode niet gelijk is aan het kalenderjaar wordt het in het schema vermelde eigen risico voor die periode verminderd 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.
- Bij schorsing of beëindiging van de verzekering zal restitutie noch vermindering van het eigen risico plaatsvinden.
- Wijziging van het geldende eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar. Een verzoek om verlaging van het eigen risico dient verzegeld te gaan van een ingevuld gezondheidsvragenformulier.
- 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, 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 verschuldigd bedrag inclusief de eventuele kosten door Zorg en Zekerheid is ontvangen. Bij beëindiging van de verzekering zal invordering onmiddellijk plaatsvinden.

## **3.5 Duur van de verzekering**

### **3.5.1 Algemeen**

#### **3.5.1.1 Termijn**

De verzekering is aangegaan:

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

#### **3.5.1.2 Voortzetting/Opzegging**

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

### **3.5.2 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 heeft 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. De verzekering is per de eerste van de daaropvolgende 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 3.3.3;
- bij bedrog.

### 3.6 Herziening van de premie en/of voorwaarden

#### 3.6.1 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;
- een 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.

#### 3.6.2 Kennisgeving wijziging

Zorg en Zekerheid zal, voor de datum van ingang van de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden/polisvoorwaarden/premie, deze wijzigingen ter kennis van de verzekeringnemer/verzekerde brengen tenzij het wijzigingen van ondergeschikte aard betreft die een vermeerdering van de rechten van de verzekerden inhouden

#### 3.6.3 Recht van opzegging

Indien u met een dergelijke herziening niet akkoord gaat, kunt u dit binnen dertig 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.

#### 3.6.4 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 regio toeslag.

### **3.6.5 Voortzetting verzekering**

Heeft de verzekeraar voor de 31ste dag na de onder 3.6.3 genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

## **3.7 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten**

### **3.7.1 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.

### **3.7.2 Recht op verstrekkingen**

Aanspraak op verstrekkingen krachtens de AWBZ bestaat uitsluitend voor zover de verstrekte hulp en middelen worden geboden 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.

### **3.7.3 Polisdekking**

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

### 3.8 Vrijwaring van aansprakelijkheid

Zorg en Zekerheid is jegens de verzekeringnemer 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 verzekeringnemer of de verzekerde zich heeft gewend om haar/zijn aanspraak op een vergoeding in het kader van deze voorwaarden geldend te maken.

### 3.9 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, binnen drie maanden, indienen 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 kunt u 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.

## 4. Waar kunt u terecht voor informatie?

### Postadres:

Zorg en Zekerheid  
Postbus 400  
2300 AK Leiden

### 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) 5 825 825

### 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

#### 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

#### 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.

# **Zorg en Zekerheid**

ZIEKENFONDS & PARTICULIER

Zorg en Zekerheid, Postbus 400, 2300 AK Leiden, telefoon (071) 5 825 825