Zorg en Zekerheid

Postbus 400, 2300 AK Leiden
Tel. (071) 5 825 **825**
Fax (071) 5 825 **011**
www.zorgenzekerheid.nl

K.v.K. Leiden 28050216
AFM nummer 12001019

650-035/1202

Polisvoorwaarden 2012

Basisverzekering Zorg Zeker Polis en aanvullende verzekeringen

Zorg en Zekerheid
dichtbij werkt beter

Vergoedingenoverzicht 4

Basisverzekering Zorg Zeker Polis 17
Rubriek A Begripsomschrijvingen 18
Rubriek B Grondslag van de verzekering 24
Rubriek C Omvang dekking 27
Geneeskundige zorg 27
Huisartsenzorg 27
Medisch specialistische Zorg 27
Verloskundige zorg en kraamzorg 29
Revalidatie 32
Orgaantransplantaties 33
Dialyse 33
Mechanische beademing 34
Oncologische aandoeningen bij kinderen 34
Trombosedienst 34
Erfelijkheidsonderzoek 35
Audiologische zorg 35
IVF 35
Paramedische zorg 36
Mondzorg 39
Farmaceutische zorg 42
Hulpmiddelen 44
Ziekenvervoer 45
Buitenland 47
Geestelijke gezondheidszorg 49
Eerstelijns psychologische Zorg 49
Specialistische GGZ 50
Dyslexiezorg 51
Ketenzorg 52
Rubriek D Uitsluitingen 53
Rubriek E Verzekeringsvoorwaarden 55
Rubriek F Waar kunt u terecht voor informatie? 63

Aanvullende verzekeringen 65
Rubriek A Begripsomschrijvingen 66
Rubriek B Omvang dekking 73
Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen 73
Brillenglazen, contactlenzen en brilmonturen 74
Buitenland 75
Farmaceutische hulp 78
Geboortezorg 80
Herstel en verblijf 83
Huidtherapie 85
Hulpmiddelen 87
Medisch Specialistische hulp 89
Paramedische behandelingen 91
Preventie 95
Psychologische zorg 97
Tandheelkundige hulp 98
Overige 101
Rubriek C Verzekeringsvoorwaarden 104
Rubriek D Waar kunt u terecht voor informatie? 111

Vergoedingenoverzicht 2012	Basisverzekering Zorg Zeker Polis	Artikel-num-mer	AV-Sure	AV-GeZZin		AV-GeZZin Compact	AV-Plus	AV-Basis	AV-Standaard	AV-Top	AV- Totaal	Artikel-num-mer
Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen												
O.a. homeopatie, acupunctuur, antroposofie en chiropractie (maximale gezamenlijke vergoeding voor behandelingen en geneesmiddelen)	-		€ 250,00	€ 460,00		€ 250,00	€ 460,00	€ 250,00	€ 250,00	€ 460,00	€ 600,00	B1
Behandelingen			100% max. € 25,00 per dag	100% max. € 40,00 per dag		100% max. € 25,00 per dag	100% max. € 40,00 per dag	100% max. € 25,00 per dag	100% max. € 25,00 per dag	100% max. € 40,00 per dag	100%	
Geneesmiddelen			50%	75%		50%	75%	50%	50%	75%	100%	
Brillenglazen, contactlenzen en brilmontuur												
Brillen, contactlenzen en brilmontuur (per 2 kalenderjaren)	volgens Reglement Hulpmiddelen	C20	100% max. € 40,00 (vanaf 2.25 dioptrieën)	100% max. € 70,00 (vanaf 2.25 dioptrieën) meeverzekerde kinderen t/m 12 jaar hebben per kalenderjaar recht op deze vergoeding of op een gratis kinderbril bij Pearle, Eyewish Groeneveld en Specsavers (Kids reeks)		100% max. € 40,00 (vanaf 2.25 dioptrieën) meeverzekerde kinderen t/m 12 jaar hebben per kalenderjaar recht op deze vergoeding of op een gratis kinderbril bij Pearle en Eyewish Groeneveld	100% max. € 100,00 (vanaf 2.25 dioptrieën)	100% max. € 40,00 (vanaf 2.25 dioptrieën)	100% max. € 40,00 (vanaf 2.25 dioptrieën)	100% max. € 70,00 (vanaf 2.25 dioptrieën)	100% max. € 150,00 meeverzekerde kinderen t/m 12 jaar hebben per kalenderjaar recht op deze vergoeding of op een gratis kinderbril bij Pearle, Eyewish Groeneveld en Specsavers (Kids reeks)	B2.1
Ooglaseren (eenmalig voor de duur van de verzekering)	-			max. € 200,00			max. € 200,00			max. € 200,00	max. € 300,00	B2.2
Extra korting op brillen, lenzen en zonnebrillen (bijvoorbeeld tot € 110,00 korting op een complete bril) - onafhankelijk van de sterkte van uw glazen - tweede bril gratis - niet in combinatie met andere aanbiedingen - vraag naar de voorwaarden in de winkel	-		Ja, Eye Wish Groeneveld en Specsavers	Ja, Eye Wish Groeneveld en Specsavers		Ja, Eye Wish Groeneveld en Specsavers	Ja, Eye Wish Groeneveld en Specsavers	Ja, Eye Wish Groeneveld en Specsavers	Ja, Eye Wish Groeneveld en Specsavers	Ja, Eye Wish Groeneveld en Specsavers	Ja, Eye Wish Groeneveld en Specsavers	B2.1
Buitenland												
Consulten, tabletten en vaccinaties (niet gecontracteerd)	-		100% max. € 80,00	100% max. € 80,00		-	100% max. € 80,00	-	-	100% max. € 80,00	100% max. € 150,00	B3.1
Consulten, tabletten en vaccinaties (gecontracteerd)	-		100%	100% max. € 80,00		-	100% max. € 80,00	-	-	100% max. € 80,00	100%	B3.1
Niet-spoedeisende medisch noodzakelijke zorg, zonder toestemming van Zorg en Zekerheid												
Geneeskundige kosten in Europa	80% Nederlandse tarief	C22.2.1	-	-		-	-	-	-	-	-	
Geneeskundige kosten buiten Europa		C22.2.2	-	-		-	-	-	-	-	-	
Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg												
Geneeskundige kosten in Europa	100% Nederlands tarief	C22.2.1	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	B3.3.1
Geneeskundige kosten buiten Europa		C22.2.1	max. 200% Nederlands tarief	max. 200% Nederlands tarief		max. 200% Nederlands tarief	max. 200% Nederlands tarief	max. 200% Nederlands tarief	max. 200% Nederlands tarief	max. 200% Nederlands tarief	max. 200% Nederlands tarief	B3.3.1
Tandheelkundige noodkosten	-		-	100% max. € 345,00		-	100% max. € 345,00	-	-	100% max. € 345,00	100% max. € 345,00	B3.3.2
Medisch noodzakelijke repatriëring en toezending geneesmiddelen	-		100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	B3.3.3
Zuurstof op vakantie			100% max. € 600,00	100% max. € 600,00		100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	100% max. € 600,00	B3.6
Farmaceutische zorg												
Anticonceptie vanaf 21 jaar (pil, spiraal, pessarium)	-		100% (exclusief de GVS-eigen bijdrage)	100% (exclusief de GVS-eigen bijdrage)		100% (exclusief de GVS-eigen bijdrage)	-	-	100% (exclusief de GVS-eigen bijdrage)	100% (exclusief de GVS-eigen bijdrage)	100% (exclusief de GVS-eigen bijdrage)	B4.3
Geneesmiddelen	Ja, volgens reglement Farmaceutische Zorg	C19.2	-	-		-	-	-	-	-	-	
GVS-vergoeding eigen bijdrage ADHD geneesmiddelen	100% exclusief eigen bijdrage	C19.2	-	100% max. € 250,00		100% max. € 100,00	-	-	-	100% max. € 100,00	100% max. € 250,00	B4.1
Vaccinaties diarree bij zuigelingen	-		-	100% max. € 200,00		-	-	-	-	-	100% max. € 200,00	B4.2
Maagzuurremmers	-		100% max. € 35,00	100% max. € 35,00		100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	100% max. € 35,00	B4.4
Stoppen met Roken medicatie (exclusief Champix)	-		100% max. € 150,00	100% max. € 150,00		100% max. € 150,00	100% max. € 150,00	100% max. € 150,00	100% max. € 150,00	100% max. € 150,00	100% max. € 150,00	B4.5

Vergoedingenoverzicht 2012	Basisverzekering Zorg Zeker Polis	Artikel-num-mer	AV-Sure	AV-GeZZin		AV-GeZZin Compact	AV-Plus	AV-Basis	AV-Standaard	AV-Top	AV- Totaal	Artikel-num-mer
Geboortezorg												
Combinatietest (bloedonderzoek en nekplooimeting)	100% vanaf 36 jaar	C7.1	-	100% max. € 150,00 tot 36 jaar		100% max. € 150,00 tot 36 jaar	-	-	100% max. € 150,00 tot 36 jaar	100% max. € 150,00 tot 36 jaar	100% max. € 150,00 tot 36 jaar	B5.7
Kraampakket	-		-	uitgebreid pakket		standaard pakket	-	standaard pakket	standaard pakket	uitgebreid pakket	uitgebreid pakket	B5.1
Elektrische Borstkolf (huur of koop)	-		-	max. € 40,00		max. € 40,00	-	-	max. € 40,00	max. € 40,00	max. € 40,00	B5.4
Bevalling thuis	100%	C7.2	-	-		-	-	-	-	-	-	
Bevalling met medische indicatie in het ziekenhuis	100%	C7.2	-	-		-	-	-	-	-	-	
Bevalling zonder medische indicatie in het ziekenhuis	100% exclusief eigen bijdrage	C7.2	-	Vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 250,00		Vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 75,00	-	-	Vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 75,00	Vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 100,00	Vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 250,00	B5.2
Kraamzorg	100% exclusief eigen bijdrage	C7.3		Vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 250,00			-	-			Vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 250,00	B5.2
Verlengde-/uitgestelde kraamzorg	-		-	max. 16 uur		-	-	-	-	max. 16 uur	max. 16 uur	B5.3.1/ B5.3.2
Termijn echo en structureel echoscopisch onderzoek	100%		-	-		-	-	-	-	-	-	
Lactatiekundige (begeleiding en advies bij borstvoeding)		C7.1		100% max. € 150,00		100% max. € 150,00	-	-	-	-	100% max. € 150,00	B5.8
Zwangerschapscursus	-		-	100% max. € 100,00		100% max. € 100,00	-	100% max. € 100,00	100% max. € 100,00	100% max. € 100,00	100% max. € 100,00	B5.5
Borstvoedingscursus	-		-	100% max. € 20,00		100% max. € 20,00	-	100% max. € 20,00	100% max. € 20,00	100% max. € 20,00	100% max. € 20,00	B5.6
Herstel en verblijf												
Herstellingsoord, Zorghotel of Hospice	-		-	max. € 50,00 per dag max. € 1.500,00		max. € 35,00 per dag max. € 1.050,00	max. € 50,00 per dag max. € 1.500,00	max. € 35,00 per dag max. € 1.050,00	max. € 35,00 per dag max. € 1.050,00	max. € 50,00 per dag max. € 1.500,00	max. € 50,00 per dag max. € 1.500,00	B6.1/ B6.2
Kuurreizen, vergoeding per 2 kalenderjaren	-		-	100% max. € 1.050,00		100% max. € 1.050,00	100% max. € 1.050,00	100% max. € 1.050,00	100% max. € 1.050,00	100% max. € 1.050,00	100% max. € 1.050,00	B6.3
Logeerhuis, o.a. Ronald McDonald Huis	-		-	100% max. € 20,00 per dag		100% max. € 15,00 per dag	100% max. € 15,00 per dag	100% max. € 15,00 per dag	100% max. € 15,00 per dag	100% max. € 15,00 per dag	100% max. € 20,00 per dag	B6.4
Kindervakantie (therapeutisch kamp) o.a. KIKA en De Luchtballon	-		-	100% max. € 350,00		50% max. € 350,00	-	50% max. € 350,00	50% max. € 350,00	100% max. € 300,00	100% max. € 350,00	B6.5
Vervangende Mantelzorg per jaar	-		-	100% max. 6 weken		-	100% max. 6 weken	-	-	100% max. 6 weken	100% max. 6 weken	B6.6
Huidtherapie												
Acnébehandeling	-		100% max. € 150,00	100% max. € 250,00		-	-	-	-	100% max. € 150,00	100% max. € 250,00	B7.1
Camouflagetherapie	-		50% max. € 115,00	75% max. € 115,00		50% max. € 115,00	75% max. € 115,00	50% max. € 115,00	50% max. € 115,00	75% max. € 115,00	100% max. € 150,00	B7.2
Dermatografie	-		-	75% max. € 200,00		50% max. € 200,00	75% max. € 200,00	50% max. € 200,00	50% max. € 200,00	75% max. € 200,00	100% max. € 250,00	B7.3
Epilatie of laserontharing	-		50% max. € 550,00	75% max. € 1.100,00		50% max. € 550,00	75% max. € 1.100,00	50% max. € 550,00	50% max. € 550,00	75% max. € 1.100,00	100% max. € 1.500,00	B7.4
Voetverzorging voor diabetici en reumapatiënten	-		-	-		-	100% max. € 210,00	-	-	-	100% max. € 210,00	B7.5
Huisarts												
Consulten en behandelingen	100%	C5	-	-		-	-	-	-	-	-	

Vergoedingenoverzicht 2012	Basisverzekering Zorg Zeker Polis	Artikel-num-mer	AV-Sure	AV-GeZZin		AV-GeZZin Compact	AV-Plus	AV-Basis	AV-Standaard	AV-Top	AV- Totaal	Artikel-num-mer
Hulpmiddelen												
Medische hulpmiddelen	Ja, volgens Reglement Hulpmiddelen	C20	-	-		-	-	-	-	-	-	
Prothese BH	-		-	100% max. € 70,00		50% max. € 35,00	100% max. € 70,00	50% max. € 35,00	50% max. € 35,00	100% max. € 70,00	100% max. € 100,00	B8.1
Steunzolen/podotherapeutische zolen	-		-	100% max. € 70,00		50% max. € 35,00	100% max. € 70,00	50% max. € 35,00	50% max. € 35,00	100% max. € 70,00	100% max. € 100,00	
Steunpessarium	-		-	100% max. € 70,00		100% max. € 70,00	100% max. € 70,00	100% max. € 70,00	100% max. € 70,00	100% max. € 70,00	100% max. € 70,00	
Pruik (vergoeding eigen bijdrage)	Ja, exclusief eigen bijdrage	C20	-	100% max. € 140,00		100% max. € 70,00	100% max. € 140,00	100% max. € 70,00	100% max. € 70,00	100% max. € 140,00	100% max. € 200,00	
Hoortoestellen (vergoeding eigen bijdrage)	Ja, exclusief eigen bijdrage	C20	-	100% max. € 140,00 per oor		100% max. € 70,00 per oor	100% max. € 140,00 per oor	100% max. € 70,00 per oor	100% max. € 70,00 per oor	100% max. € 140,00 per oor	100% max. € 200,00 per oor	
Plaswekker	-		-	100% max. € 85,00		100% max. € 85,00	-	100% max. € 85,00	100% max. € 85,00	100% max. € 85,00	100% max. € 85,00	B8.2
Hulpmiddelen bij thuisverpleging	-		-	75% max. € 40,00		75% max. € 40,00	75% max. € 40,00	75% max. € 40,00	75% max. € 40,00	75% max. € 40,00	75% max. € 40,00	B8.3
Hulpmiddelen bij verpleging (diverse)	-		-	Huurkosten max. 6 maanden		Huurkosten max. 6 maanden	Huurkosten max. 6 maanden	Huurkosten max. 6 maanden	Huurkosten max. 6 maanden	Huurkosten max. 6 maanden	Huurkosten max. 6 maanden	B8.4
Verbandmiddelen bij chronisch gebruik	Ja, volgens Reglement Hulpmiddelen	C20	-	-		-	-	-	-	-	-	
Gehoorbeschermers	-		100% max. € 40,00	100% max. € 40,00		-	-	-	-	-	100% max. € 40,00	B8.6
Medisch specialistische zorg en ziekenhuisverblijf												
Medische specialistische zorg en verpleging	100% m.u.v. specifiek uitgesloten zorg	C6.2	-	-		-	-	-	-	-	-	
Specifieke medisch specialistische zorg, voor zover niet verzekerd in basisverzekering	-		-	100% max. € 500,00 bij oor-standcorrecties		-	-	-	-	100% max. € 500,00 bij oor-standcorrecties	100% max. € 500,00 bij oor-standcorrecties	B9.6
Kortingsregelingen bij specifiek uitgesloten zorg	-		Korting op ooglidcorrectie, oorstandcorrec-ties, buikwand-correcties, sterilisatie, borstvergroting, neuscorrecties, refractie chirurgie, laserbehandeling en lensimplan-taties	Korting op ooglidcorrectie, oorstandcorrec-ties, buikwand-correcties, sterilisatie, borstvergroting, neuscorrecties, refractie chirurgie, laserbehandeling en lensimplan-taties		Korting op ooglidcorrectie, oorstandcorrec-ties, buikwand-correcties, sterilisatie, borstvergroting, neuscorrecties, refractie chirurgie, laserbehandeling en lensimplan-taties	Korting op ooglidcorrectie, oorstandcorrec-ties, buikwand-correcties, sterilisatie, borstvergroting, neuscorrecties, refractie chirurgie, laserbehandeling en lensimplan-taties	Korting op ooglidcorrectie, oorstandcorrec-ties, buikwand-correcties, sterilisatie, borstvergroting, neuscorrecties, refractie chirurgie, laserbehandeling en lensimplan-taties	Korting op ooglidcorrectie, oorstandcorrec-ties, buikwand-correcties, sterilisatie, borstvergroting, neuscorrecties, refractie chirurgie, laserbehandeling en lensimplan-taties	Korting op ooglidcorrectie, oorstandcorrec-ties, buikwand-correcties, sterilisatie, borstvergroting, neuscorrecties, refractie chirurgie, laserbehandeling en lensimplan-taties	Korting op ooglidcorrectie, oorstandcorrec-ties, buikwand-correcties, sterilisatie, borstvergroting, neuscorrecties, refractie chirurgie, laserbehandeling en lensimplan-taties	B9.5
Flebologie/ proctologie	-		-	75% max. € 100,00		50% max. € 75,00	75% max. € 100,00	50% max. € 75,00	50% max. € 75,00	75% max. € 100,00	100% max. € 150,00	B9.1
Besnijdenis												
Zonder medische indicatie, tot 18 jaar	-		-	75% max. € 115,00		-	-	-	-	75% max. € 115,00	100% max. € 150,00	B9.2
Met medische indicatie	-		50% max. € 230,00	75% max. € 230,00		50% max. € 230,00	75% max. € 230,00	50% max. € 230,00	50% max. € 230,00	75% max. € 230,00	100% max. € 230,00	B9.3
Sterilisatie												
Bij mannen	-		-	Door huisarts 100% max. € 150,00. Door specialist 75% max. € 150,00		-	-	-	-	Door huisarts 100% max. € 150,00. Door specialist 75% max. € 150,00	Door huisarts of specialist 100% max. € 150,00	B9.4
Bij vrouwen	-		-	75% max. € 350,00 door specialist		-	-	-	-	75% max. € 350,00 door specialist	100% max. € 700,00 door specialist	

Vergoedingenoverzicht 2012	Basisverzekering Zorg Zeker Polis	Artikel-num-mer	AV-Sure	AV-GeZZin		AV-GeZZin Compact	AV-Plus	AV-Basis	AV-Standaard	AV-Top	AV- Totaal	Artikel-num-mer
Overige vergoedingen												
Bezoekkosten opgenomen gezinslid	-		-	100% max. € 250,00		100% max. € 250,00	100% max. € 250,00	100% max. € 250,00	100% max. € 250,00	100% max. € 250,00	100% max. € 300,00	B14.1
Alarmering op sociale indicatie	-		-	€ 4,00 per maand		€ 3,50 per maand	€ 4,00 per maand	€ 3,50 per maand	€ 3,50 per maand	€ 4,00 per maand	€ 5,00 per maand	B8.5
AWBZ / WMO vergoeding eigen bijdrage	-		-	-		-	100% max. € 200,00	-	-	-	100% max. € 200,00	B14.4
Contributie patiënten vereniging voor chronische aandoeningen	-		-	max. € 20,00		max. € 20,00	max. € 20,00	max. € 20,00	max. € 20,00	max. € 20,00	max. € 20,00	B14.2
Contributie thuiszorgorganisaties	-		-	100% max. € 17,50		-	-	-	-	-	100% max. € 17,50	B14.5
Contributie lidmaatschap sportverenigingen voor kinderen tot 18 jaar	-		-	100% max. € 50,00 bij NOC*NSF en gecontracteerde zwembaden, -instellingen		-	-	-	-	-	100% max. € 50,00 bij NOC*NSF en gecontracteerde zwembaden, -instellingen	B14.6
Paramedische behandelingen												
Fysiotherapie inclusief manuele therapie (max. aantal behandelingen geldt voor chronische en niet-chronische behandelingen samen)			12 behandelingen	25 behandelingen		12 behandelingen	25 behandelingen	12 behandelingen	12 behandelingen	25 behandelingen	Alle behandelingen	
Chronische fysiotherapie bij een gecontracteerde fysiotherapeut	Tot 18 jaar 100% vergoeding, vanaf 18 jaar vergoed-ing vanaf de 21 st behandeling		max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen		max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen	max. 12 behandelingen	max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen	Alle behandelingen	B10.1.2
Chronische fysiotherapie bij een niet gecontracteerde fysiotherapeut (vergoeding max. € 22,00 per behandeling)	Tot 18 jaar 100% vergoeding, vanaf 18 jaar vergoed-ing vanaf de 21 st behandeling	C17.4-5	max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen		max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen	max. 12 behandelingen	max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen	Alle behandelingen	
Niet- chronische fysiotherapie												
Uitgevoerd door een gecontracteerde fysiotherapeut	max.18 behan-delingen per indicatie tot 18 jaar	C17.4-5	max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen		max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen	max. 12 behandelingen	max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen	Alle behandelingen	B10.1.1
Manuele therapie bij een niet gecontracteerde manueel therapeut (max. € 33,00, inclusief intake)	-		9 behandelingen	9 behandelingen		9 behandelingen	9 behandelingen	9 behandelingen	9 behandelingen	9 behandelingen	9 behandelingen	B10.1
Oefentherapie Mensendieck en/of Cesar												
Chronische oefentherapie Mensendieck en/of Cesar. Bij een niet gecontracteerde oefentherapeut (max. € 22,00 per behandeling in basisverzekering)	Tot 18 jaar 100% vergoeding, vanaf 18 jaar vergoed-ing vanaf de 21 st behandeling	C17.4-5	max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen		max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen	max. 12 behandelingen	max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen	Alle behandelingen	B10.2
Niet-chronische oefentherapie Mensendieck en/of Cesar (bij gecontracteerde oefentherapeut)	max.18 behande-lingen per indicatie tot 18 jaar		max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen		max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen	max. 12 behandelingen	max. 12 behandelingen	max. 25 behandelingen	Alle behandelingen	
Overige therapieën												
Behandeling van ernstige dislexie	100%	C25	-	-		-	-	-	-	-	-	
Ergotherapie	max. 10 uur	C17.6	-	-		-	max. 10 uur	-	-	-	max. 10 uur	B10.4
Logopedie	100%	C17.7	-	-		-	-	-	-	-	-	
Stottertherapie, methode Dixhoorn, Del-Ferro, Boma of Hausdörfer	-		-	100% max. € 400,00		50% max. € 350,00	-	-	-	75% max. € 350,00	100% max. € 400,00	B10.6
Lymfedrainage door een gecontracteerde huid- of oedeemtherapeut	-		100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	B10.1
Podologie/ podo(posturale)therapie	-		-	100% max. € 100,00		100% max. € 50,00	100% max. € 100,00	100% max. € 50,00	100% max. € 50,00	100% max. € 100,00	100% max. € 125,00	B10.5

Vergoedingenoverzicht 2012	Basisverzekering Zorg Zeker Polis	Artikel-num-mer	AV-Sure	AV-GeZZin		AV-GeZZin Compact	AV-Plus	AV-Basis	AV-Standaard	AV-Top	AV- Totaal	Artikel-num-mer
Preventieve cursussen, voorlichting												
GeZZond Check (eenmaal per 2 kalenderjaren)	-		100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	B11.1
Preventieve cursussen, bijvoorbeeld stoppen met roken, afvallen, EHBO	-		50% max. € 115,00	75% max. € 150,00		50% max. € 115,00	75% max. € 150,00	50% max. € 115,00	50% max. € 115,00	75% max. € 150,00	100% max. € 175,00	B11.2
Voedingsvoorlichting (dieetadvisering) tot 18 jaar	-		-	7 kwartier, max. € 14,75 per kwartier		-	8 kwartier, max. € 14,75 per kwartier	-	-	7 kwartier, max. € 14,75 per kwartier	10 kwartier, max. € 14,75 per kwartier	B10.3
Medisch verantwoorde beweegprogramma's Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO)	-		-	75% max. € 115,00		-	75% max. € 115,00	-	-	75% max. € 115,00	100% max. € 115,00	B11.3
Overgangsconsulent	-		-	75% max. € 115,00		-	75% max. € 115,00	-	-	75% max. € 115,00	100% max. € 150,00	B11.4
Sport Medisch Advies (SMA)	-		100% max. € 120,00	100% max. € 100,00		-	100% max. € 100,00	-	-	100% max. € 100,00	100% max. € 150,00	B11.5
Psychologische en psychotherapeutische zorg												
Eerstelijns psychologische zorg												
Door een gecontracteerde eerstelijns psycholoog (exclusief eigen bijdrage)	5 zittingen	C23.2	3 zittingen	3 zittingen		-	3 zittingen	-	-	3 zittingen	7 zittingen	B12.1
Overige psychologische zorg												
Overige hulp, o.a. Helen Dowling Instituut, Herstel en Balans en alternatieve psychologische hulp	-		75% max. € 200,00	75% max. € 320,00		-	75% max. € 320,00	-	-	75% max. € 320,00	100% max. € 500,00	B12.2
Psychologische zorg voor ouder en kind: Nanny Training, Remedial Teaching, behandeling dyslexie, intergratieve kinder- en speltherapie	-		-			-	-	-	-	-		
Klinische geestelijke gezondheidszorg	100% (exclusief eigen bijdrage)	C24.3	-	-		-	-	-	-	-	-	
Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg	100% (exclusief eigen bijdrage)	C24.4	-	-		-	-	-	-	-	-	
Lichttherapie voor seizoensdepressie	-		max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of éénmalig € 70,00 voor aanschaf	max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of éénmalig € 70,00 voor aanschaf		max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of éénmalig € 70,00 voor aanschaf	max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of éénmalig € 70,00 voor aanschaf	max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of éénmalig € 70,00 voor aanschaf	max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of éénmalig € 70,00 voor aanschaf	max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of éénmalig € 70,00 voor aanschaf	max. € 7,00 per dag max. 10 dagen of éénmalig € 70,00 voor aanschaf	B12.3
Revalidatie												
Revalidatie	100%	C8	-	-			-	-	-	-	-	
Tandheelkundige hulp												
Tandheelkundige hulp tot en met 17 jaar (in aanvulling op de basisverzekering)												
Basis tandheelkundige zorg excusief kronen en bruggen	100%	C18.2	-	-		-	-	-	-	-	-	
Extra tandheelkundige hulp: - gegoten vullingen - kronen en bruggen			75% max. € 150,00	75% max. € 460,00		75% max. € 150,00	75% max. € 460,00	-	75% max. € 150,00	75% max. € 460,00	85% max. € 1.000,00	B13.1.1
Orthodontie tot 18 jaar (behandeling gestart in 2011)			-	100% max. € 2.300,00		-	-	-	-	100% max. € 2.000,00	100%	B13.1.2
Orthodontie tot 18 jaar (behandeling start in 2012)	-		-	100% max. € 2.000,00		-	-	-	-	100% max. € 1.750,00	100%	B13.1.3

Vergoedingenoverzicht 2012	Basisverzekering Zorg Zeker Polis	Artikel-num-mer	AV-Sure	AV-GeZZin		AV-GeZZin Compact	AV-Plus	AV-Basis	AV-Standaard	AV-Top	AV- Totaal	Artikel-num-mer
Tandheelkundige hulp vanaf 18 jaar (genoemd maximum geldt voor alle vergoedingen samen)												
Totale max. vergoeding voor tandheelkundige hulp			€ 150,00	€ 460,00		€ 150,00	€ 460,00	-	€ 150,00	€ 460,00	€ 1.000,00	B13.2
- consulten - mondhygiëne - röntgenfoto (100% max. € 30,00)	-		100%	100%		100%	100%	-	100%	100%	100%	B13.2.1
Extra tandheelkundige hulp, o.a.: - gegoten vullingen, kronen en bruggen - orthodontie - prothetische hulp - eigen bijdrage volledige gebitsprothese	-		75%	75%		75%	75%	-	75%	75%	85%	B13.2.2
Volledige gebitsprothesen	75%, overig via AV	C18.3	-	-		-	-	-	-	-	-	
Ongevalsdekking tandheelkunde	-		100% max. € 1.500,00	100% max. € 1.500,00		100% max. € 1.500,00	100% max. € 1.500,00	-	100% max. € 1.500,00	100% max. € 1.500,00	100% max. € 2.000,00	B13.4
Implantaten in betande kaak	-	C18.4.2	-	-		-	100% max. € 750,00 door tandarts of 100% max. € 500,00 door kaakchirurg	-	-	-	100% max. € 750,00 door tandarts of 100% max. € 500,00 door kaakchirurg	B13.3
Kaakchirurgische zorg	100%	C18.3	-	-		-	-	-	-	-	-	
Gebitsprothesen reparaties en rebasen	100%	C18.3	-	-		-	-	-	-	-		
Tandheelkundige zorg bijzondere gevallen	100%	C18.4.1	-	-		-	-	-	-	-	-	
Delen van tandvergoeding (* tegen extra premie)												
Totaal vergoeding per twee betalende verzekerden			€ 300,00	€ 920,00		€ 300,00	€ 920,00	-	€ 300,00	€ 920,00	€ 2.000,00	B13.2.3
Vervoer												
Ambulancevervoer	100%	C21.2	-	-			-	-	-	-	-	
Zittend ziekenvervoer bij bepaalde medische indicaties, na toestemming van de Vervoerslijn												
Met openbaar vervoer	100%, excl. eigen bijdrage	C21.3	-	Vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 93,00			Vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 93,00	-	-	Vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 93,00	Vergoeding eigen bijdrage 100% max. € 93,00	B14.3
Met eigen auto	€ 0,30 per km excl. eigen bijdrage	C21.6	-					-	-			
Met taxi	100%, excl. eigen bijdrage	C21.4	-					-	-			

* lees de voorwaarden van AV-Delen op www.zorgenzekerheid.nl/delen

Polisvoorwaarden 2012

Basisverzekering Zorg Zeker Polis

Zorg en Zekerheid
dichtbij werkt beter

Rubriek A
Begripsomschrijvingen

Ambulancevervoer
Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

Apotheker
Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, lid 5, van de Geneesmiddelenwet.

Apotheekhoudend huisarts
Een huisarts aan wie krachtens artikel 61, lid 10 en 11, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Bekkenfysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Bedrijfsarts
Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Bureau Jeugdzorg
Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde
Een universitair of daarmee door Zorg en Zekerheid gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid is vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies
Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Centrum voor medisch specialistische zorg
Een instelling voor medisch specialistische zorg, die als zodanig conform de bij of krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels is toegelaten.

Chronische aandoening fysiotherapie en/of oefentherapie
Een aandoening die is opgenomen in, de op de dag waarop de gedeclareerde prestatie is geleverd geldende, Bijlage I van het Besluit zorgverzekering.

Collectiviteit
Een werkgever of een rechtspersoon, niet zijnde een werkgever, die de belangen van natuurlijke personen behartigt.

Dagbehandeling
Opname korter dan 24 uur.

DOT (Diagnose Behandeling Combinatie op weg naar Transparantie) en DBC-zorgproduct
DOT is het verbeterde declaratiesysteem voor ziekenhuizen, dat op 1 januari 2012 in werking treedt. De eenheden waarin wordt gedeclareerd worden DBC-zorgproducten genoemd. Deze DBC-zorgproducten zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. Een DBC-zorgproduct vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten na een vast aantal dagen. Met betrekking tot de tarieven van zorgproducten is er een onderscheid in drie segmenten: een vast segment met vaste tarieven, een gereguleerd segment met maximumtarieven en een vrij onderhandelbaar segment waarbinnen de verzekeraars afspraken maken met de ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en vrijgevestigde extramuraal specialisten over de in rekening te brengen tarieven.

Diagnose Behandeling Combinatie in de GGZ (DBC)
Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijnszorg). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Dienstenstructuur
Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29.c van het ‘Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg’ dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Eerstelijns psycholoog
Een gezondheidszorgpsycholoog, die staat geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijns psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ
Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychiatrische aandoening. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

Eigen bijdrage
Deel van de kosten van zorg of overige diensten waarvoor wettelijk is bepaald dat dit voor rekening van de verzekerde komt. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Ergotherapeut
Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.

Ernstige dyslexie
Ernstige dyslexie is een specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

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

Farmaceutische zorg
Farmaceutische zorg omvat advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet of de terhandstelling van die geneesmiddelen, of farmaceutische zorg waarop de Wet inzake bloedtransfusie van toepassing is.

Fraude
Onder fraude wordt in ieder geval begrepen het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg) verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum
Een voorziening waarin natale en postnatale zorg onder inhoudelijke regie van eerstelijns verloskundigen wordt geleverd. Een eerstelijns geboortecentrum wordt gekenmerkt door eigen huisvesting met een herkenbare fysiologische uitstraling en met een directe en droge verbinding naar het ziekenhuis. Het kan een alternatief bieden voor de niet medisch-geïndiceerde poliklinische bevalling.

Gecontracteerde zorg
De zorg die Zorg en Zekerheid op basis van de Zorgverzekeringswet verleent op basis van een tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling gesloten overeenkomst.

Gezondheidszorgpsycholoog
Een gezondheidszorgpsycholoog, die staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ-instellingen
Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig zijn toegelaten.

Huidtherapeut
Een huidtherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit opleidingseisen en deskundigheid huidtherapeut’.

Huisarts
Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Hulpmiddelenzorg
De voorziening in de behoefte van bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

IVF-poging
Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode inhoudende:
- het door hormonale behandeling bevordering van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- de follikelpunctie;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo’s in het laboratorium;
- het één of meer keren implanteren van één of twee embryo’s in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Jeugdgezondheidszorgarts
De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Kaakchirurg
Een tandarts-specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Ketenzorg
Zorg, die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de WMG vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Kinderfysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Kinderoefentherapeut
Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’ en die tevens als kinderoefentherapeut staat geregistreerd in het Register van Verbijzonderde oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

Klinisch psycholoog
Een gezondheidszorgpsycholoog, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Kraamcentrum
Een instelling, bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door Zorg en Zekerheid als zodanig erkende instelling voor de levering van kraamzorg op het woonadres of de verblijfplaats van de verzekerde.

Laboratoriumonderzoek
Onderzoek door een laboratorium, dat conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

Logopedist
Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.

Marktconform tarief
Het tarief dat naar redelijkheid passend is op de Nederlandse markt in gebruikelijke marktomstandigheden. Deze tarieven vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Manueel therapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

(Medisch) adviseur
De (tand)arts, fysiotherapeut of andere deskundige die Zorg en Zekerheid in medische, fysiotherapeutische of andere aangelegenheden adviseert.

Medisch(e) noodzakelijk/noodzaak
De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, voor zover vallend onder de dekking van deze polis. Één en ander ter beoordeling door de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid.

Medisch noodzakelijke zorg in het buitenland
Medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.

Medisch specialist
Een arts, die als medisch specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Mondhygiënist
Een vrijgevestigd mondhygiënist, die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, en bevoegdheid heeft op grond van artikel 4 van het Besluit functionele zelfstandigheid.

Oedeemtherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut staat geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck
Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Opname
Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

Orthodontist
Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Psychiater/zenuwarts
Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar in de voorwaarden psychiater staat kan ook zenuwarts worden gelezen.

Psychotherapeut
Een psychotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Redelijke afstand
Redelijke afstand tot gecontracteerde zorg in een vastgestelde straal in kilometers vanuit de woonplaats van de verzekerde. Een lijst met redelijke afstanden met betrekking tot de diverse vormen van zorg wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid. U kunt voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 **825**, een bezoek brengen aan onze winkels of kijken op onze website **www.zorgenzekerheid.nl**.

Revalidatie
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een bij of krachtens de bij Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Second opinion
Het vragen van een beoordeling door een tweede, onafhankelijke arts, over een door uw arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling. De volgende voorwaarden gelden:
a. de artsen moeten werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied;
b. u moet met de second opinion terugkeren naar de eerste behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
c. er moet sprake zijn van een verwijzing voor een second opinion door de behandelaar.

Specialistische GGZ
Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychiatrische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Tandarts
Een tandarts, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus
Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Verblijf
Verblijf gedurende tenminste 24 uur.

Verdragsland
Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, andere lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland.

Verloskundige
Een verloskundige, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verzekerde
Iedere verzekeringsplichtige die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringnemer
Degene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

Wet BIG
Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

WMG-tarief
Het tarief zoals vastgesteld krachtens de Wet Marktordening Gezondheidszorg.

Ziekenhuis
Een centrum voor medisch specialistische zorg.

Zittend ziekenvervoer
Het vervoer per openbaar vervoer, auto of taxi anders dan in een ambulance waar verzekerden, ingevolge de Zorgverzekeringswet aanspraak op kunnen maken.

Zorgpolis
De akte waarin de tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Zorgverzekeraar
De verzekeringsonderneming, die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt, verder te noemen Zorg en Zekerheid.

Rubriek B
Grondslag van de verzekering

Artikel 1 Algemene bepalingen

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet. De zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, wanneer deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.

1.2 Naast de zorgpolis verstrekt Zorg en Zekerheid als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een verzekeringspas op vertoon waarvan de verzekerde de zorg, waar op basis van deze polis aanspraak op bestaat, kan inroepen bij een, voor zover de polis dit voorschrijft, door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling.

1.3 Huisartsenzorg (artikel 5), medisch specialistische zorg (artikel 6), verloskundige zorg en kraamzorg (artikel 7), overige medisch specialistische zorg (artikelen 8 tot en met 16), paramedische zorg (artikel 17), mondzorg (artikel 18), farmaceutische zorg (artikel 19), hulpmiddelen (artikel 20), ziekenvervoer (artikel 21), eerstelijns psychologische zorg (artikel 23.1), psychiatrische ziekenhuisopname (artikel 24.3) niet-klinische GGZ (artikel 24.4), dyslexiezorg (artikel 25) en ketenzorg (artikel 26) wordt op basis van de zorgpolis, behoudens eigen bijdragen, rechtstreeks door de zorgverlener of zorginstelling bij Zorg en Zekerheid gedeclareerd. De overeenkomst tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling over de hiervoor genoemde zorg omvat in ieder geval afspraken over de hoogte van de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en zorginstellingen wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid en is in te zien op **www.zorgenzekerheid.nl**. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 **825** of een bezoek brengen aan onze winkels.

1.4 De aanspraak op zorg zoals in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

1.5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

1.6 Deze polis staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.

1.7 De verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt is geen premie verschuldigd.

Artikel 2 Dekking

2.1 Deze polis omvat de aanspraak op zorg voor verzekerden die woonachtig zijn in Nederland en voor in het buitenland wonende verzekerden.

2.2 De verzekerde moet voor de benodigde zorg als bedoeld in de artikelen huisartsenzorg (artikel 5), medisch specialistische zorg (artikel 6), verloskundige zorg en kraamzorg (artikel 7), overige medisch specialistische zorg (artikelen 8 tot en met 16), paramedische zorg (artikel 17), mondzorg (artikel 18), farmaceutische zorg (artikel 19), hulpmiddelen (artikel 20), ziekenvervoer (artikel 21), eerstelijns psychologische zorg (artikel 23.1), psychiatrische ziekenhuisopname (artikel 24.3), niet-klinische GGZ (artikel 24.4), dyslexiezorg (artikel25) en ketenzorg (artikel 26) zich wenden tot een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of instelling. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en zorginstellingen wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid en is in te zien op **www.zorgenzekerheid.nl**. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 **825** of een bezoek brengen aan onze winkels.

2.3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg als bedoeld in het voorafgaande lid naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
   a. Het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgestelde (maximum-) tarief;
   b. Indien en voor zover er geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg niet binnen redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, of in de nabijheid van de woonplaats van de verzekerde, niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden. Bij het vaststellen en uitvoeren van haar beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert Zorg en Zekerheid voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch, inhoudelijke factoren en zonodig algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

2.4 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling, wordt de vergoeding verlaagd met een bedrag dan wel percentage als genoemd onder de betreffende zorgaanspraak.

2.5 Voor de aanspraken genoemd in het voorgaande lid heeft de verzekerde naast recht op vergoeding van kosten van zorg desgevraagd recht op zorgbemiddeling.

2.6 Indien en voor zover in deze polis is bepaald dat toestemming van Zorg en Zekerheid benodigd is alvorens recht op zorg bestaat, geldt dit zowel voor gecontracteerde als voor niet-gecontracteerde zorg.

2.7 Indien en voor zover Zorg en Zekerheid meer vergoedt dan waartoe zij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt de verzekerde geacht aan Zorg en Zekerheid een volmacht tot incasso op naam van Zorg en Zekerheid van het door de verzekerde aan de zorgverlener of zorginstelling teveel betaalde te hebben verleend.

Artikel 3 Verplicht eigen risico

3.1 Op deze polis is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 220,00 per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde verplicht eigen risico wordt vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:
   a. De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;
   b. De directe kosten van het gebruik van zorg indien deze kosten verloskundige zorg en kraamzorg betreffen;
   c. De kosten van de gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg);
   d. Nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 9 onder het vierde streepje, is verstreken.

3.2 Voor verzekerden die op 31 december van het in artikel 3.1 bedoelde kalenderjaar jonger dan 18 jaar zijn, geldt geen verplicht eigen risico.

3.3 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het verplicht eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

3.4 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt het DBC-zorgproduct en DBC GGZ toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
3.5 Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen verplicht eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid.
3.6 Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het verplicht eigen risico en, indien sprake is van een vrijwillig gekozen eigen risico als bedoeld in artikel 4, uitkomen. Het verplicht eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

Artikel 4 Vrijwillig gekozen eigen risico

4.1 Op deze polis is per kalenderjaar een vrijwillig gekozen eigen risico per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico is in dat geval vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. De verzekeringnemer heeft het recht te kiezen voor het vrijwillig eigen risico met bijbehorende premiekorting. De kosten die niet van toepassing zijn op het verplichte eigen risico zoals genoemd in artikel 3.1 lid a t/m d vallen ook buiten het vrijwillig gekozen eigen risico. In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.
4.2 Kosten van zorg die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.
4.3 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het vrijwillig gekozen eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.
4.4 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende vrijwillig gekozen eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het vrijwillig gekozen eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:
   a. Ieder bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor het vrijwillig gekozen risico gold of zal gelden;
   b. De op grond van artikel 4.1 lid 1 berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
   c. De uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
4.5 Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt het DBC-zorgproduct en DBC GGZ toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
4.6 Indien Zorg en Zekerheid rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid.
4.7 Zorg en Zekerheid vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico, en het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 3 uitkomen. Het vrijwillig gekozen eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.
4.8 Wijziging van het geldende vrijwillig gekozen eigen risico kan slechts geschieden per 1 januari van een kalenderjaar met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 34.2.

Rubriek C
Omvang Dekking

Geneeskundige zorg

Artikel 5 Huisartsenzorg

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
a. Geneeskundige hulp door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is (bijvoorbeeld een praktijkverpleegkundige);
b. Geneeskundige hulp door de dienstenstructuur (de huisartsenpost) waarbij de huisarts is aangesloten;
c. Samenhangend onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts, in rekening gebracht door de huisarts, een ziekenhuis of laboratorium.

Wat zijn de voorwaarden?
De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

Waar heb ik geen recht op?
Als uitsluitingen gelden onder meer:
- een griepvaccinatie;
- medische keuringen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?
Bij hulp voor huisartsenzorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 6 Medisch specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)

6.1 Algemeen
Voor in de artikelen 6 tot en met 16 en artikel 25 genoemde vormen van zorg (met uitzondering van acute zorg) is een verwijzing noodzakelijk door uw huisarts, gecontracteerd bedrijfsarts, medisch specialist of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft, door een verloskundige. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is. Voor wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18.

6.2 Verblijf (Ziekenhuisopname)
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
- opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch specialistische zorg tot een maximum van 365 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
- gebruikelijke medisch specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?
- er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
- op het moment dat niet langer gronden voor medisch specialistische hulp in combinatie met verblijf in een centrum voor medisch specialistische zorg aanwezig zijn, dient dit direct aan Zorg en Zekerheid te worden gemeld.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor behandeling in het Nederlands Astmacentrum Davos en/of een behandeling in Heideheuvel dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?
- bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening;
- in geval van spoedeisende zorg vindt een kostenvergoeding plaats van 100% van het marktconforme of WMG-tarief.

6.3 Niet-klinische medisch specialistische zorg
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
- medisch specialistische behandeling in of door een daartoe door Zorg en Zekerheid gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg;
- medisch specialistische behandeling van de daartoe door Zorg en Zekerheid gecontracteerde extramuraal werkende medisch specialist;
- de met de behandeling gepaard gaande dagverpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?
Er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor aanspraak op mondzorg, in geval van behandeling door een kaakchirurg, is vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid vereist indien de hulp parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?
Bij hulp in een niet-gecontracteerde centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde hulpverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard
Waar heb ik recht op?
U heeft recht, met inachtneming van de voorgaande leden, op behandelingen van plastisch chirurgische aard indien die noodzakelijk zijn ter correctie van:
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip- , kaak- en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor een beperkt aantal ingrepen dient u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC-zorgproducten waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op **www.zorgenzekerheid.nl**. Bij het verlenen van toestemming kunnen aanvullende voorwaarden gesteld worden.

Op welke behandelingen heb ik geen recht?
- behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- abdominoplastiek, tenzij er bijvoorbeeld sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooien of van een zeer ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.

Sommige medisch specialistische behandelingen zijn niet verzekerd in de basisverzekering. Voor enkele behandelingen heeft Zorg en Zekerheid een vergoeding opgenomen in een aantal van haar aanvullende verzekeringen. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij Medisch Specialistische hulp.

Tevens heeft Zorg en Zekerheid voor aanvullend verzekerden kortingsafspraken gemaakt bij een aantal medisch specialistische centra. Voor meer informatie kunt u terecht op **www.zorgenzekerheid.nl**.

6.5 Verpleging (extramuraal)
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op verpleging, zonder dat die verpleging gepaard gaat met verblijf, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Wat zijn de voorwaarden?
Deze verpleging moet noodzakelijk zijn in verband met de medisch specialistische zorg.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Naast de verpleging zoals elders in deze polis genoemd, kan na voorafgaande schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid verpleging in een nader aan te wijzen instelling of op een andere plaats plaatsvinden.

Op welke behandelingen heb ik geen recht?
- verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing;
- verpleging die noodzakelijk is in verband met palliatief terminale zorg.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?
Bij hulp in een niet-gecontracteerde centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde hulpverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg

7.1 Prenatale screening
De prenatale screening valt onder de Wet Bevolkings Onderzoek (WBO). Voor de hierna genoemde specifieke onderdelen van prenatale screening geldt dat de uitvoerende zorgverlener, naast een contract met Zorg en Zekerheid, een overeenkomst moet hebben met één van de Regionale Centra voor Prenatale screening, tenzij sprake is van een medische indicatie. Deze Centra hebben een WBO-vergunning en definiëren de kwaliteits-eisen waaraan de uitvoerende zorgverlener moet voldoen.

Waar heb ik recht op?
De vrouwelijke verzekerde heeft recht op prenatale screening. Deze screening omvat de volgende onderdelen:
- **counseling** (het verschaffen van informatie die het mogelijk maakt om een weloverwogen keuze te maken voor het al dan niet ondergaan van prenatale screening).

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op counseling door de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts of medisch specialist die de verzekerde begeleidt gedurende de zwangerschap;
- **structureel Echoscopisch Onderzoek** (SEO).

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op het structureel echoscopisch onderzoek, ook wel aangeduid als de '20 weken echo';
- **combinatietest**.

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op de combinatietest (bestaande uit een nekplooimeting en bloedonderzoek), welke de mogelijkheid biedt aangeboren afwijkingen vast te stellen in het eerste trimester van de zwangerschap. De aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden:
- van 36 jaar en ouder;
- jonger dan 36 jaar die zijn verwezen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?
Bij prenatale screening door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

In sommige van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor een combinatietest voor vrouwen jonger dan 36 jaar. Kijk voor onze vergoedingen in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

7.2 Bevalling en verloskundige zorg
De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben recht op verloskundige zorg zoals verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen deze plegen te bieden. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

Bevalling en/of kraambed met medische noodzaak in een ziekenhuis
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
- medisch specialistische (verloskundige) zorg, als bedoeld in artikel 6, al dan niet in combinatie met behandeling en verpleging alsmede verblijf in het ziekenhuis. Dit geldt voor moeder en (met ingang van de dag van de bevalling) haar kind;
- verblijf bij de opgenomen moeder van de gezonde zuigeling wegens borstvoeding, zolang Zorg en Zekerheid voor de moeder vergoeding van de opname en behandelkosten is verschuldigd.

Wat zijn de voorwaarden?
Er dient, naar het oordeel van de verloskundige, de huisarts of de medisch specialist een medische noodzaak te zijn voor verblijf in het ziekenhuis.

Heb ik een verwijzing nodig?
Er dient sprake te zijn van een gerichte verwijzing door een verloskundige of huisarts.

Wat moet ik nog meer weten?
Indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten, voordat de kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, dan bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 7.3.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?
Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum
Waar heb ik recht op?
U heeft met ingang van de dag van de bevalling recht op:
- verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door verloskundige of verloskundig actieve huisarts;
- het gebruik van een verloskamer van het ziekenhuis of geboortecentrum gedurende de bevalling.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Voor bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum is zowel voor moeder en kind een eigen bijdrage verschuldigd van € 32,00 per opnamedag (€ 16,00 voor moeder en € 16,00 voor kind). De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 225,00 (€ 112,50 voor moeder en € 112,50 voor kind) per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis of geboortecentrum dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis of geboortecentrum.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?
Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

In de meeste van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor deze eigen bijdrage. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Wat moet ik nog meer weten?
Indien moeder en kind samen het ziekenhuis of geboortecentrum verlaten, voordat de kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, dan bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?
Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Bevalling en/of kraambed thuis
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts.

Wat wordt er vergoed als er een niet-gecontracteerde zorgverlener komt?
Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

7.3 Kraamzorg
Waar heb ik recht op?
De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben recht op kraamzorg zoals kraamverzorgenden deze plegen te bieden. De kraamzorg bestaat uit de inschrijving en intake door het kraamcentrum, de partusassistentie bij een thuisbevalling en de kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

De omvang van de kraamzorg wordt bepaald door uw persoonlijke situatie na de bevalling. Het aantal uren kraamzorg dat u krijgt, wordt in overleg met u, door het kraamcentrum vastgesteld op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Een toelichting op dit protocol kunt u vinden op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Wat zijn de voorwaarden?
- aanmelding voor kraamzorg dient plaats te vinden via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer: 0900 - 222 44 66) of via **www.zorgenzekerheid.nl** bij voorkeur vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum;
- bij opname in een ziekenhuis: indien moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat de kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. De dag van ontslag wordt hierbij niet als opnamedag gerekend;
- de kraamzorg dient te worden verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum op aanwijzing van de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn';
- de kraamzorg dient te worden geleverd door een kraamverzorgende welke is verbonden aan een kraamcentrum.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor aanvullende kraamzorg. Kijk voor onze vergoedingen in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Voor de kosten van kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,00 per uur.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?
Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

In de meeste van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor deze eigen bijdrage. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?
Bij hulp voor kraamzorg van een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% blijven voor uw rekening tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 8 Revalidatie

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op revalidatie in een klinische (opname) of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) situatie.

Wat zijn de voorwaarden?
- de zorg dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- de hulp dient de verzekerde in staat te stellen een dusdanige mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen van de verzekerde, redelijkerwijs mogelijk is;
- voor aanspraak op klinische revalidatie dient er de verwachting te zijn dat binnen een korte termijn betere resultaten dan met niet-klinische revalidatie worden behaald.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?
Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 9 Orgaantransplantaties

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
- transplantaties van weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een EU- en EER-staat of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is;
- medisch specialistische zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- medische zorg conform deze polis van de donor gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen. De zorg dient verband te houden met een door deze verzekering gedekte orgaantransplantatie;
- vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van openbaar vervoer dan wel, indien en voor zover medisch noodzakelijk, per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin;
- het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U dient vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid.

Welke kosten worden niet vergoed?
Niet vergoed worden de verblijfskosten in Nederland van de in het buitenland woonachtige donor, noch diens eventuele gederfde inkomsten.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?
Bij hulp in een niet-gecontracteerde zorginstelling vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 10 Dialyse

Waar heb ik recht op?
U heeft bij niet-klinische dialyse via hemodialyse of peritoneaaldialyse alsmede de hiermee in verband houdende medisch specialistische zorg verleend in een dialysecentrum recht op:
- het daarmee verband houdende onderzoek, behandeling, verpleging en de farmaceutische zorg;
- door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

U heeft in geval van thuisdialyse, behalve op bovengenoemde aanspraken, ook recht op:
- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- vergoeding van de kosten van het in bruikleen geven van de dialyseapparatuur met toebehoren, regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede vergoeding van de kosten van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor de vergoeding van niet-medische kosten bij thuisdialyse dient u vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid, waarbij nadere (administratieve) voorwaarden kunnen worden gesteld.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?
Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 11 Mechanische beademing

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een erkend beademingscentrum.

U heeft bij noodzakelijke mechanische beademing thuis recht op:
- het gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door een beademingscentrum.

Wat zijn de voorwaarden?
De beademing ten huize van de verzekerde dient plaats te vinden onder de verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Waar heb ik geen recht op?
Er bestaat geen recht op verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?
Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor beademing vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKioN).

Heb ik een verwijzing nodig?
U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist.

Artikel 13 Trombosedienst

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op het door de trombosedienst:
- regelmatig afnemen van bloedmonsters;
- verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed;
- ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten;
- opleiden in het gebruik, van de bij het voorafgaande streepje, aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden bij uw metingen;
- geven van adviezen omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Heb ik een verwijzing nodig?
Er dienst sprake te zijn van een verwijzing door een huisarts of medisch specialist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?
Bij hulp door een niet-gecontracteerde trombosedienst vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 14 Erfelijkheidsonderzoek

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
- de centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- de erfelijkheidsadvisering en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding;
- advisering en onderzoek bij andere personen indien noodzakelijk voor het advies aan de verzekerde.

Wat zijn de voorwaarden?
De hulp dient plaats te vinden in een erkend/vergunninghoudend centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

Heb ik een verwijzing nodig?
Er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts of medisch specialist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?
Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsonderzoek vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 15 Audiologische zorg

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op zorg verleend door een audiologisch centrum bestaande uit:
- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Heb ik een verwijzing nodig?
Er dient sprake te zijn van een verwijzing door een huisarts, gecontracteerde bedrijfsarts, kinderarts, jeugdgezondheidszorgarts of keel-, neus- en oorarts (KNO- arts).

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?
Bij hulp in een niet-gecontracteerd audiologisch centrum vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 16 IVF

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op de eerste drie IVF-pogingen per te realiseren zwangerschap per behandelde vrouwelijke verzekerde (inclusief de medicatie).

Wat zijn de voorwaarden?
- er dient sprake te zijn van een medische indicatie;
- de behandeling dient plaats te vinden in een gecontracteerd IVF-centrum met een vergunning voor IVF op grond van de Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV).

Heb ik een verwijzing nodig?
Er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts.

Waar heb ik geen recht op?
Er bestaat geen recht op de vierde en volgende IVF-poging(en) per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken, te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie, en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

Wat moet ik nog meer weten?
- indien er tijdens de IVF-poging meerdere bruikbare embryo's ontstaan kunnen deze worden ingevroren en op een later tijdstip worden teruggeplaatst. Deze terugplaatsingen gelden dan als onderdeel van de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan;
- onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan:
  a. een doorgaande zwangerschap van tenminste twaalf weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie bij een spontane (fysiologische) zwangerschap;
  b. een doorgaande zwangerschap van tenminste tien weken na het moment van follikelpunctie bij IVF (bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling).

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?
Bij hulp in een niet-gecontracteerde vergunninghoudende instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG- tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

Artikel 17 Paramedische zorg

17.1 Algemeen
De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck inclusief de verbijzonderingen. Paramedische zorg omvat ook ergotherapie en logopedie. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is binnen de paramedische zorg. De lijst van basisaanspraken voor fysiotherapie die voor vergoeding in aanmerking komen, maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zenden wij u desgevraagd toe of kunt u raadplegen op **www.zorgenzekerheid.nl**.

17.2 Algemene voorwaarden fysiotherapie
- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- in geval van een verbijzonderde zitting dient de behandeling te worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die staat geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- een chronische aandoening dient benoemd te zijn op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal aandoeningen in dit Besluit is er sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode, zoals in Bijlage 1 is aangegeven;
- voor een chronische aandoening geldt dat de therapie medisch noodzakelijk dient te zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist is voorgeschreven;
- in geval van oedeemtherapie kan de behandeling uitgevoerd worden door een gecontracteerde huidtherapeut;
- per dag komt maximaal één zitting voor vergoeding in aanmerking tenzij voor meerdere zittingen op één dag medische noodzaak bestaat, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf aan de fysiotherapeut toestemming heeft gegeven.

17.3 Algemene voorwaarden oefentherapie
- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een oefentherapeut;
- in geval van een verbijzonderde zitting dient de behandeling te worden uitgevoerd door een oefentherapeut die staat geregistreerd in het register van verbijzonderde oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM);
- een chronische aandoening dient benoemd te zijn in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal aandoeningen in dit Besluit is er sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode, zoals in Bijlage 1 is aangegeven;
- voor een chronische aandoening geldt dat de therapie medisch noodzakelijk dient te zijn en door uw behandelend arts of medisch specialist is voorgeschreven;
- per dag komt maximaal één zitting voor vergoeding in aanmerking tenzij voor meerdere zittingen op één dag medische noodzaak bestaat, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf aan de oefentherapeut toestemming heeft gegeven.

17.4 Fysiotherapie en/of oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Chronische aandoening
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op het medisch noodzakelijke aantal behandelingen, zoals aangegeven in Bijlage 1 Besluit zorgverzekering, fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar.

Niet-chronische aandoening
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op:
- maximaal 9 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per aandoening per verzekerde per kalenderjaar;
- in aansluiting op deze behandelingen bestaat er bij ontoereikend resultaat, recht op maximaal 9 extra behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per aandoening per verzekerde per kalenderjaar of op 9 zittingen kinderfysiotherapie.

Zorg en Zekerheid biedt in haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij paramedische behandelingen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde fysiotherapeut ga?
Bij consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van € 22,00 voor een zitting.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde oefentherapeut ga?
Bij consultatie van een niet-gecontracteerde oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke marktconforme tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

17.5 Fysiotherapie en/of oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Chronische aandoening
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op het medisch noodzakelijke aantal behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar en de eerste 9 zittingen bekkenfysiotherapie bij urineincontinentie, mits gegeven in het kader van "stepped care".

Waar heb ik geen recht op?
De eerste 20 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie, indien er sprake is van een eerste behandelserie bij een chronische indicatie.

Zorg en Zekerheid biedt in haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij paramedische behandelingen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde fysiotherapeut ga?
Bij consultatie van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats van € 22,00 voor een zitting.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde oefentherapeut ga?
Bij consultatie van een niet-gecontracteerde oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke marktconforme tarief blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

17.6 Ergotherapie
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per verzekerde per kalenderjaar.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij ergotherapie.

Wat zijn de voorwaarden?
- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een ergotherapeut;
- de ergotherapie dient in een behandelruimte of op het huisadres van de verzekerde plaats te vinden met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

Heb ik een verwijzing nodig?
Nee, de ergotherapeut is direct toegankelijk.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde ergotherapeut ga?
Bij consultatie van een niet-gecontracteerde ergotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot 80% van het WMG-tarief dan wel het marktconforme bedrag. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief dan wel het marktconforme bedrag blijven voor uw rekening.

17.7 Logopedie
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op logopedische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden?
- de behandeling dient te worden uitgevoerd door een logopedist;
- de behandeling moet een geneeskundig doel dienen en bij de behandeling dient er herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen te worden verwacht.

Heb ik een verwijzing nodig?
Nee, de logopedist is direct toegankelijk.

Waar heb ik geen recht op?
- onder logopedische behandeling wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen (in verband met dialect en/of anderstaligheid);
- logopedische behandelingen gegeven op school komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde logopedist ga?
Bij consultatie van een niet-gecontracteerde logopedist vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening.

Artikel 18 Mondzorg

18.1 Algemene bepalingen
Waar heb ik recht op?
- mondzorg omvat de zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is;
- de mondzorg kan worden verleend door een wettelijke daartoe bevoegde zorgverlener zoals een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?
Als u voor een volledige gebitsprothese of een implantologie behandeling in een tandeloze onderkaak naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De overige kosten blijven voor uw rekening. Kunt u de zorg niet tijdig krijgen of alleen op grote afstand bij gecontracteerde zorgverleners, dan vergoeden wij het volledige gecontracteerde tarief.

Een volledig overzicht van de gecontracteerde zorgverleners en de prestaties met bijbehorende tarieven, kunt u vinden op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Waar heb ik geen recht op?
- de mondzorg omvat geen behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig niet doelmatig zijn;
- prothetische voorzieningen vervaardigd en gedeclareerd door een tandtechnicus komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Mondzorg buiten reguliere praktijk
Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg ter plaatse van waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of specialist vereist.

18.2 Mondzorg tot 18 jaar
Waar heb ik recht op?
Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar omvat:
a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
b. incidenteel tandheelkundig consult;
c. het verwijderen van tandsteen;
d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde meer keren per jaar op die tandheelkundige hulp is aangewezen;
e. sealing;
f. parodontale hulp;
g. anesthesie;
h. endodontische hulp, met uitzondering van uitwendig bleken;
i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
j. gnathologische hulp;
k. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van de tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
l. chirurgische tandheelkundige hulp door een tandarts of een kaakchirurg met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
n. uitneembare prothetische voorzieningen, niet op implantaten, voor de boven- en/of onderkaak (inclusief reparatie en rebasen daarvan);
o. mondzorg in bijzondere gevallen zoals bepaald in artikel 18.4;
p. medisch noodzakelijk verblijf zoals bepaald in 18.5.

Waar heb ik geen recht op?
De verzekerde tot 18 jaar heeft geen recht op kroon en brugwerk met uitzondering van de tandheelkundige zorg zoals bedoeld in artikel 18.2 onder k en geen recht op orthodontie met uitzondering van artikel 18.4.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding mondzorg die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

Wat wordt er vergoed voor mondzorg buiten de reguliere praktijkuren?
De verzekerde tot 18 jaar heeft buiten de reguliere praktijkuren slechts aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
- voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 18.2 onder k en in artikel 18.2 onder l, indien het een extractie onder narcose of een osteotomie betreft, heeft de verzekerde voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid;
- schriftelijke toestemming is ook vereist voor mondzorg in bijzondere gevallen zoals bedoeld in artikel 18.4;
- ook is schriftelijke toestemming vereist indien de volledige prothese (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen.

Voor de toestemming is bij de aanvraag met een motivatie van de tandarts, kaakchirurg of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten toegevoegd.

De toestemming kan worden ingetrokken indien:
- de mondzorg niet meer is aangewezen;
- de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- een andere behandelaar de behandeling overneemt;
- er een andere behandeling uitgevoerd wordt dan waar de toestemming voor gegeven is.

18.3 Mondzorg vanaf 18 jaar
Waar heb ik recht op?
Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder omvat:
a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen, niet op implantaten, voor de boven- en/of onderkaak (inclusief reparatie en rebasen daarvan);
c. mondzorg in bijzondere gevallen zoals bepaald in 18.4;
d. medisch noodzakelijk verblijf zoals bepaald in 18.5.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding mondzorg die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
1. Van de volledige prothese bedoeld in artikel 18.3 onder b wordt voor de verzekerde van 18 jaar en ouder 75% van het gecontracteerde bedrag vergoed. Reparatie en rebasen worden 100% vergoed.
2. De verzekerde van 18 jaar en ouder is een eigen bijdrage van € 125,00 verschuldigd voor een uitneembare volledige prothetische voorziening al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten, indien het zorg betreft als bepaald in artikel 18.4.1 onder a ,b en c.
3. Bij de verzekerde van 18 jaar en ouder kan voor zorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 onder a, b en c een eigen bijdrage in rekening worden gebracht.
4. Bij de verzekerde van 18 jaar en ouder met een extreme angst voor mondzorg wordt voor zorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 onder a,b en c een eigen bijdrage in rekening gebracht.
5. De verzekerde van 18 jaar en ouder betaalt, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een eigen bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
- voor het tot gelding brengen van de aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder a, indien het een extractie onder narcose of een osteotomie betreft, heeft de verzekerde van 18 jaar en ouder voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid;
- voor het tot gelding brengen van de zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder b heeft de verzekerde van 18 jaar en ouder voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid, indien de prothese (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen;
- schriftelijke toestemming is ook vereist voor mondzorg in bijzondere gevallen zoals bedoeld in artikel 18.4.;
- voor alle implantologische zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener is schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig.

Voor de toestemming is bij de aanvraag met een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten toegevoegd.

De toestemming kan worden ingetrokken indien:
- de mondzorg niet meer is aangewezen;
- de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- een andere behandelaar de behandeling overneemt;
- er een andere behandeling uitgevoerd wordt dan waar de toestemming voor gegeven is.

18.4 Mondzorg in bijzondere gevallen
Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor mondzorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 tot en met 18.4.3 is voorafgaande toestemming nodig van Zorg en Zekerheid.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Voor mondzorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 tot en met 18.4.3 is voor verzekerden een eigen bijdrage verschuldigd zoals bepaald in artikel 18.2 respectievelijk 18.3.

18.4.1 Mondzorg in bijzondere gevallen
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op de noodzakelijke tandheelkundige zorg en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, en het hierbij medisch noodzakelijke verblijf zoals bedoeld in artikel 18.5, in de volgende gevallen:
a. Indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
b. Indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;
c. Indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

18.4.2 Implantaten en een uitneembare volledige prothese op implantaten in een tandloze kaak
Waar heb ik recht op?
Onder de zorg, bedoeld in het artikel 18.4.1 onder a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, de daarbij behorende prothese en de onderdelen ter bevestiging daarvan, indien er sprake is van een zeer ernstige geslonken tandeloze kaak.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Ja, voor alle zorg geleverd door een niet gecontracteerde zorgverlener is schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig.

Een volledig overzicht van de gecontracteerde zorgverleners en zorg met bijbehorende tarieven, kunt u vinden op **www.zorgenzekerheid.nl**.

18.4.3 Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat wordt er vergoed?
Orthodontische hulp is slechts onder de zorg in het artikel 18.4.1 begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tandkaak- mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Wat zijn de voorwaarden?
De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Ja, voor orthodontie in bijzondere gevallen is voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. Voor de toestemming is bij de aanvraag met een schriftelijke motivatie van de orthodontist of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten toegevoegd.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Voor de behandeling orthodontie in bijzondere gevallen is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor orthodontie in het algemeen tot 18 jaar. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

18.5 Medisch noodzakelijk verblijf

Verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals omschreven in artikel 18 al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg:

a. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen;
b. In afwijking van het gestelde onder a tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

19.1 Algemene bepaling

Waar heb ik recht op?

- De verzekerde heeft recht op farmaceutische zorg zoals bepaald in de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg. Deze zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement, is voor verstrekking van het betreffende geneesmiddel voorafgaande toestemming vereist. Het Reglement is te raadplegen via **www.zorgenzekerheid.nl**. Ook kunt u het Reglement opvragen via telefoonnummer: (071) 5 825 **825** of door een bezoek te brengen aan onze winkels. Bij gecontracteerde apotheken en overige farmaceutische zorgverleners wordt de door Zorg en Zekerheid afgesproken prijs en tarief afgerekend. Deze prijzen en tarieven zijn volgens bovenstaande kanalen te raadplegen.
- De prestaties farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit het ziekenhuis uitsluitend geleverd door een centrum voor medisch specialistische zorg.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?
Ten aanzien van farmaceutische zorg van een niet-gecontracteerde apotheker of apotheekhoudend huisarts of overige farmaceutische zorgverleners vindt ten aanzien van de bij de levering behorende vergoeding en toeslagen een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het vastgestelde marktconforme zorgtarief. Dit betreft alleen een kostenvergoeding voor advies en begeleiding bij de Terhandstelling van een UR-geneesmiddel en/of de Instructie patiënt UR-geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel, zoals omschreven door de NZa. De prestatie medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelgebruik wordt voor 60% van het marktconforme tarief vergoed en wordt slechts vergoed als aantoonbaar is voldaan aan de voorwaarden gesteld in de Prestatiebeschrijvingsbeschikking TB/CU-5042-02 van de NZa. De overige kosten van de zorgtarieven blijven voor uw rekening. De kosten die het marktconforme zorgtarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid en is in te zien op **www.zorgenzekerheid.nl**. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 **825** of een bezoek brengen aan onze winkels.

De geneesmiddelen worden maximaal vergoed tot de marktconforme prijs. De marktconforme tarieven zijn opvraagbaar bij Zorg en Zekerheid en bekend bij de apotheker of apotheekhoudend huisarts.

19.2 Geneesmiddelen

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op de terhandstelling of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:

- de in de Regeling Zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover aangewezen door Zorg en Zekerheid;
- geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid voor zover het rationele farmacotherapie is. Voor rationele farmacotherapie hanteren wij de definitie van de Commissie Farmaceutische Hulp van het College voor zorgverzekeringen. Rationele farmacotherapie is de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur. Daarbij geldt tevens dat het geneesmiddel het meest economisch is voor de zorgverzekering onderscheidenlijk de patiënt;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40 lid 3 sub f van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die op verzoek van een arts, als bedoeld in voornoemd artikel, in Nederland zijn bereid door een, conform de Geneesmiddelenwet, vergunninghoudende fabrikant; of
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, lid 3 sub f van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die in de handel zijn in een lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts, als bedoeld in voornoemd artikel, binnen Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners.

Wat zijn de voorwaarden?

- aanspraak bestaat alleen op die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling Zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door Zorg en Zekerheid. Eén en ander is nader uitgewerkt in het Reglement;
- indien de voorschrijver het niet medisch verantwoord acht de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geregistreerd geneesmiddel met dezelfde werkzame stof;
- tenzij Zorg en Zekerheid nadere afspraken (zie hiervoor **www.zorgenzekerheid.nl**) heeft gemaakt met een apotheker/apothekerhoudend huisarts, dient de farmaceutische hulp te zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandartsspecialist of verloskundige en dient ter hand gesteld te worden onder verantwoordelijkheid van die apotheker/apotheekhoudend huisarts;
- op farmaceutische zorg is de prescriptieregeling (zie het Reglement) van toepassing;
- op vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen (of bestanddelen van geneesmiddelen) een limiet aan de vergoeding is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vastgestelde vergoedingslimiet blijven de meerkosten voor rekening van u (de GVS-eigen bijdrage), dit is ook van toepassing op een apotheekbereiding. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het eigen risico;
- voor aanspraak op een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is ook te raadplegen via www.wetten.nl;
- sommige geneesmiddelen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking indien deze worden gefinancierd uit het ziekenhuisbudget. Een lijst met deze geneesmiddelen wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid en is in te zien op **www.zorgenzekerheid.nl**. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 **825** of een bezoek brengen aan onze winkels;
- Zorg en Zekerheid kan in haar Reglement nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid voor de terhandstelling van geneesmiddelen en met betrekking tot de levering van de farmaceutische zorg (in aanvulling op de Beleidsregel NZa Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg).

Waar heb ik geen recht op?
- farmaceutische zorg voor in de Regeling zorgverzekering aan gegeven gevallen;
- prestaties farmaceutische zorg, waarop geen aanspraak bestaat (de prestaties Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep, Advies farmaceutische zelfzorg, Advies gebruik UR-geneesmiddelen tijdens reis en Advies ziekterisico bij reizen, zoals omschreven in Prestatiebeschrijvingsbeschikking TB/CU-5042-02 van de NZa);
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, lid 3, onder f van de Geneesmiddelenwet.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij farmaceutische zorg.

19.3 Dieetpreparaten
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op terhandstelling van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten uitsluitend aan een verzekerde die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding die:
a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
b. lijdt aan een voedselallergie;
c. lijdt aan een resorptiestoornis;
d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop,

of;

e. daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Artikel 20 Hulpmiddelen

De omvang van de aanspraak wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Deze zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via **www.zorgenzekerheid.nl**. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 **825** of een bezoek brengen aan onze winkels.

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op verstrekking van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, af te leveren door een door Zorg en Zekerheid, tot dat doel, gecontracteerde leverancier.

Wat zijn de voorwaarden?
- het hulpmiddel dient noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, één en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid;
- aanspraak op verstrekking van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen;
- het hulpmiddel dient voorgeschreven te zijn door de behandelend arts;
- voor verbandmiddelen dient samen met de eerste nota een medische noodzakelijkheidverklaring van de huisarts of medisch specialist te worden ingediend.

Waar heb ik geen recht op?
- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen welke voorgeschreven worden aan een verzekerde die behandeld wordt in een AWBZ-instelling waar hij verblijft en die worden geacht noodzakelijk te zijn voor de zorg die deze instelling verleent.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?
Bij aflevering van hulpmiddelen en verbandmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per hulpmiddel. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 21 Ziekenvervoer

21.1 Algemene bepaling
Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van ambulancevervoer is sprake bij medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.

21.2 Ambulancevervoer
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer in Nederland over een afstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand:
a. naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten - met inachtneming van een eventueel vrijwillig gekozen eigen risico - geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen;
b. naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
c. vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
d. van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien u in uw woning redelijkerwijs niet de verzorging kunt krijgen.

Wat zijn de voorwaarden?
- ander vervoer (openbaar vervoer, taxi of auto) is om medische redenen niet verantwoord;
- het vervoer dient verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten krachtens deze verzekering geheel of gedeeltelijk voor rekening van Zorg en Zekerheid komen.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Indien het vervoer per ambulance niet mogelijk is, dient aan Zorg en Zekerheid vooraf toestemming te worden gevraagd voor een ander middel van vervoer.

Waar heb ik geen recht op?
U heeft geen recht op het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ- instelling.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?
Bij ambulancevervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per rit.

21.3 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer in de laagste klasse, vervoer per (eigen) auto of taxi) van en naar een zorgverlener of zorginstelling over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand voorzover:

- u nierdialyse moet ondergaan;
- u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen en vervoerd moet worden van en naar een zorgverlener, instelling of woning waarin u zorg zult ontvangen als bedoeld onder artikel 21.2 a t/m d;
- het gezichtsvermogen van u zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen en vervoerd moet worden van en naar een zorgverlener, instelling of woning als bedoeld onder artikel 21.2 a t/m d.

Wat zijn de voorwaarden?

Kosten voor openbaar vervoer of gebruik van de (eigen) auto worden vergoed op basis van de kortste gebruikelijke afstand.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- u dient vooraf toestemming te hebben verkregen van Zorg en Zekerheid. Daarvoor dient u het zittend ziekenvervoer aan te vragen zoals omschreven in artikel 21.4;
- indien het zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is kan Zorg en Zekerheid vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

Wat moet ik nog meer weten?

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig en gedurende meerdere keren per week is aangewezen op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar, betreft. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid vervoer van twee begeleiders toestaan.

21.4 Wijze van aanvragen zittend ziekenvervoer

Hoe kan ik zittend ziekenvervoer aanvragen?

- indien sprake is van genoemde indicaties dient de verzekerde contact op te nemen met de Vervoerslijn, telefoonnummer: (071) 5 825 **700** om de desbetreffende indicatie te melden;
- door de Vervoerslijn wordt bepaald op welk soort vervoer de verzekerde recht heeft;
- indien de Vervoerslijn aangeeft dat taxivervoer noodzakelijk is, dient de verzekerde contact op te nemen met de Zorgvervoercentrale Nederland, telefoonnummer 0900 - 2 212 223, om het (rolstoel)taxivervoer te bestellen.

21.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 93,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij overige.

21.6 Wijze van declareren zittend ziekenvervoer

Hoeveel wordt er vergoed?

De vergoeding voor vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,30 per kilometer.

Hoe kan ik de kosten declareren?

Voor het declareren van de kosten indien sprake is van eigen vervoer, dient u het declaratieformulier zittend ziekenvervoer in te vullen en dit samen met uw nota's en afsprakenkaart naar Zorg en Zekerheid te sturen. Voor inzendtermijnen zie voorwaarden 28.1 onder f.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij vervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per rit. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 22 Buitenland

22.1 Algemene bepaling

Voor (vergoeding van) het recht op behandeling in het buitenland is er verschil tussen:

a. verzekerden die wonen in Nederland (artikel 22.2.);
b. verzekerden die wonen in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland (artikel 22.2 en 22.3.);
c. verzekerden die wonen in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is (artikel 22.2 en 22.4).

Als een verzekerde de zorg inroept van een niet door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vindt vergoeding voor de kosten van de zorg plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zou zijn verleend.

Indien bij de betreffende zorgvorm niet afzonderlijk is aangegeven wat de vergoeding voor de kosten van de zorg is, indien verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, dan vindt vergoeding voor die kosten plaats tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief.

De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening.

Heb ik toestemming nodig?

Voor intramurale zorg buiten Nederland (dat is opneming of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht) is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. Indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan Nederland, en deze zorg niet, of niet tijdig, kan worden ingeroepen in Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder dan vindt vergoeding van de kosten plaats tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. Indien de gevraagde intramurale behandeling tijdig in Nederland kan worden ingeroepen bij een gecontracteerde zorgaanbieder kan toestemming worden gegeven voor vergoeding van de kosten tot maximaal 80% resp. 60 % van het Nederlandse marktconforme of WMG tarief zoals bepaald in artikel 6 resp. artikel 24. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening.

22.2 Woonachtig in Nederland

22.2.1 Tijdelijk verblijvend in een ander EU/EER-land of verdragsland

Dit artikel is ook van toepassing op een verzekerde die in een ander land woont en die tijdelijk verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Waar heb ik recht op?
- u heeft recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheids verordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding van de kosten dan wel het recht op behandeling van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- u heeft recht op zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- u heeft recht op (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?
- verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, niet zijnde het woonland, is alleen van toepassing indien het in verdragslanden betrekking heeft op medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) en in een EU/EER-land op prestaties, die tijdens verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf;
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land moet ingeroepen worden volgens de voorgeschreven verdragssystematiek (Europese verzekeringspas). Ter plaatse geldende eigen betalingen tellen mee in het eigen risico.

22.2.2 Tijdelijk verblijvend in een land dat geen EU/EER-land en geen verdragsland is
Dit artikel is ook van toepassing op een verzekerde die in een ander land woont en die tijdelijk verblijft in een land dat geen EU/EER-land en geen verdragsland is.

Waar heb ik recht op?
U heeft naar keuze recht op:
- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- indien Zorg en Zekerheid vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?
Verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland.

22.3 Woonachtig in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland
Waar heb ik recht op?
De verzekerde die woont in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft in zijn woonland naar keuze recht op:
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU- sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding voor de kosten van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (genoten in een ander land dan het woonland en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

22.4 Woonachtig in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is
Waar heb ik recht op?
De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft in zijn woonland naar keuze recht op:
- zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door Zorg en Zekerheid in het betrokken land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;
- (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (genoten in een ander land dan het woonland en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

Wat zijn de voorwaarden?
Verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland.

22.5 Volledige vergoeding
In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt volledige vergoeding van de kosten plaats voorzover:
a. er sprake is van wachtlijstbemiddeling door Zorg en Zekerheid of;
b. de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door Zorg en Zekerheid.

22.6 Bevoegdheid zorgverlener of instelling
Zorg in het buitenland moet worden verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.

Geestelijke Gezondheidszorg

Artikel 23 Eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ

23.1 Eerstelijns psychologische zorg
Heb ik een verwijzing nodig?
- voor de eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ, is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medische specialist (niet zijnde een psychiater). Dit geldt niet voor acute zorg;
- voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel een verwijzing van een arts of andere behandelaar (genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft omschreven in artikel 9.b vijfde lid van de AWBZ).

23.2 Aanspraak Eerstelijns psychologische zorg
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijns psycholoog die door Zorg en Zekerheid is gecontracteerd. De omvang van de zorg wordt begrensd door hetgeen (huisartsen en) klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Wat zijn de voorwaarden?
- de zorg omvat ten hoogste vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar;
- de verzekerde betaalt een eigen bijdrage van € 20,00 per zitting voor eerstelijns psychologische zorg;
- de verzekerde betaalt een eigen bijdrage van € 50,00 voor een internetbehandeltraject.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij psychologische zorg.

Waar heb ik geen recht op?
De zorg omvat niet de specialistische zorg bedoeld in artikel 24 en de behandeling van aanpassingsstoornissen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijns psycholoog ga?
Bij een consultatie van een niet-gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijns psycholoog vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.

Artikel 24 Specialistische GGZ

24.1 Specialistische GGZ
Heb ik een verwijzing nodig?
- voor specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg;
- voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel een verwijzing van een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9.b, vijfde lid van de AWBZ.

24.2 Omvang van de zorg
Waar heb ik recht op?
De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten (een psychiater/zenuwarts) en klinisch psychologen, als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg als bedoeld in artikel 23.

Waar heb ik geen recht op?
De behandeling van aanpassingsstoornissen.

24.3 Klinische specialistische GGZ
Waar heb ik recht op?
- u heeft recht op opname in een GGZ instelling, die door Zorg en Zekerheid is gecontracteerd, of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als een onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
- de aanspraak omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde GGZ instelling ga?
Bij zorg in een niet-gecontracteerde GGZ instelling die een Nederlands wettelijk tarief hanteert dan vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 60% van dit tarief. Als er geen Nederlands wettelijk tarief gehanteerd wordt dan vindt een kostenvergoeding van de zorg plaats tot maximaal 60% van het bedrag dat in Nederland marktconform is.

24.4 Niet-klinische specialistische GGZ
Waar heb ik recht op?
- u heeft recht op specialistische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater, klinisch psycholoog, zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen;

- verder heeft u aanspraak op specialistische GGZ in de huispraktijk van de tot dat doel door Zorg en Zekerheid gecontracteerde psychiater, klinisch psycholoog, zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Waar heb ik geen recht op?
De behandeling van aanpassingsstoornissen.

24.5 Eigen Bijdrage
Wat zijn de voorwaarden bij artikel 24?
- de verzekerde van 18 jaar en ouder betaalt een eigen bijdrage van € 100,00 bij een DBC tot 100 minuten en € 200,00 bij een DBC van meer dan 100 minuten (art. 24.1, 24.2 en 24.3);
- per kalenderjaar is niet meer dan € 200,00 aan eigen bijdrage verschuldigd, exclusief de hierna genoemde bijdrage bij verblijf. Verder is deze niet verschuldigd bij een DBC in verband met een crisis, een DBC voor indirecte tijd en bij zorg die door een psychiater in een instelling wordt verleend met toepassingen van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuis (wet BOPZ) (art. 24.3);
- bij een verblijf in een instelling in verband met zorg zoals deze beroepsbeoefenaren die plegen te bieden, wordt voor personen van 18 jaar en ouder een bijdrage van € 145,00 per maand in rekening gebracht, met dien verstande dat geen bijdrage verschuldigd is gedurende de eerste 31 dagen van dat verblijf. Een onderbreking van ten hoogste zeven dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 31 dagen. Over een gedeelte van een maand is de bijdrage naar rato verschuldigd (art. 24.3);
- er is geen eigen bijdrage verschuldigd bij bemoeizorg.

Waar heb ik geen recht op?
De behandeling van aanpassingsstoornissen behoort niet langer tot de wettelijk verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder ga?
Bij zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die een Nederlands wettelijk tarief hanteert dan vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 60% van dit tarief. Als er geen Nederlands wettelijk tarief gehanteerd wordt dan vindt een kostenvergoeding van de zorg plaats tot maximaal 60% van het bedrag dat in Nederland marktconform is.

Artikel 25 Dyslexiezorg

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op zorg bij ernstige dyslexie. Voor de definitie van het begrip ernstige dyslexie verwijzen wij naar de begripsomschrijvingen.

Wat zijn de voorwaarden?
- de zorg dient aan te vangen bij kinderen van zeven, acht, negen, tien of elf jaar oud die basisonderwijs volgen;
- het recht op deze zorg geldt uitsluitend voor diegenen die voldoen aan de criteria zoals genoemd in het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling (L. Blomert 2006) en die behandeld worden conform dit Protocol;
- de behandeling wordt uitgevoerd door een zorginstelling of zorgverlener die zorg verleent in het kader van diagnostiek en/of behandeling van ernstige dyslexie conform het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (L. Blomert 2006).

Zorg en Zekerheid biedt in sommige aanvullende verzekeringen een vergoeding voor dyslexie zorg die niet wordt vergoed uit de basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij psychologische zorg.

Heb ik een verwijzing nodig?
U dient te beschikken over een verwijzing van de basisschool waaruit blijkt dat het voortraject behandeling dyslexie van de basisschool is doorlopen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?
Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling.

De door Zorg en Zekerheid gecontracteerde instellingen zijn te vinden op **www.zorgenzekerheid.nl**. Ook het genoemde Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (L. Blomert 2006) is te vinden op onze website.

Artikel 26 Ketenzorg

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op ketenzorg. Voor de definitie van ketenzorg verwijzen wij naar de begripsomschrijvingen.

Wat zijn de voorwaarden?
De ketenzorg dient geleverd te worden bij een specifieke chronische aandoening (COPD, CVRM en Diabetes) door een groep verschillende zorgverleners die de zorg gecoördineerd levert. Deze groep wordt ook wel een zorggroep genoemd.

Rubriek D Uitsluitingen

Artikel 27

27.1
Welke kosten worden niet vergoed?
U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:
a. De verschuldigde eigen bijdragen en eigen betaling krachtens de Zorgverzekeringswet en de AWBZ en van bevolkingsonderzoeken;
b. Aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de toepasselijke ministeriële regeling anders is bepaald;
c. Het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
d. Alternatieve geneeswijzen;
e. Een kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake verloskundige zorg;
f. Kosten die gemaakt worden voor behandelingen waarvoor van te voren een machtiging diende te worden aangevraagd en die machtiging niet van te voren is aangevraagd noch is afgegeven;
g. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
h. Behandelingen gericht op de sterilisatie van zowel man als vrouw;
i. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
j. Behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van mannelijke verzekerden;
k. Geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
l. Declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
m. Voor opname indien voortzetting van ziekenhuisopname medisch gezien niet meer noodzakelijk is, naar het oordeel van de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid;
n. Van onderzoeken en behandelingen die naar wetenschappelijke opvattingen niet algemeen aanvaard of niet gebruikelijk zijn in het kader van de uitoefening van het beroep of specialisme of niet zijn opgenomen in de wettelijke omschrijving van de beroepsuitoefeningen;
o. Prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
p. Indien de kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in artikel 22 buitenland.

27.2
U heeft geen recht op vergoeding van kosten:
a. Indien deze het gevolg zijn van schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
b. Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlog, onlusten in binnen- en/of buitenland, oproer, opstand, rellen, opstoten en muiterij.

Indien de behoefte aan zorg het gevolg is van één of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisme schade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximum bedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarden van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld heeft u in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering te bepalen omvang. Het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekerings-maatschappij voor Terrorismeschaden N.V. is op deze polis van toepassing. Het clausuleblad is gedeponeerd op 6 januari 2005 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en

op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen via www.terrorismeverzekerd.nl en **www.zorgenzekerheid.nl**. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 **825** of een bezoek brengen aan onze winkels.

27.3
U heeft geen recht op vergoeding of verstrekking indien de kosten zijn ontstaan door ziekten en of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijke geregelde verzekering, een verzekering 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.

Rubriek E Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 28

28.1 Algemeen
Vergoeding van andere zorg dan in de polis omschreven: in voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en Zorg en Zekerheid voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

28.2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse
Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

28.3 Begin en einde van de vergoeding c.q. aanspraak op zorg
Indien de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis aanspraak heeft op zorg dan wel recht heeft op vergoeding van door hem gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Ten aanzien van de toerekening van een DBC geldt hetgeen is aangegeven in artikel 3.4.

28.4 Persoonsregistratie
a. De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing;
b. Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgverleners of zorginstellingen omtrent uw verzekeringsstatus. Zorg en Zekerheid behoudt zich in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken, met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Indien u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid;
c. In het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert Zorg en Zekerheid, conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen, een Incidentenregister en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting CIS in Den Haag.

Artikel 29 Verplichtingen verzekerde/verzekeringnemer

29.1 Algemene verplichtingen
De verzekerde/verzekeringnemer is verplicht:
a. Bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs;
b. De behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid indien de medisch adviseur daarom vraagt;
c. Aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder wordt tevens verstaan het, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijk second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;

d. Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking; het is hem niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
e. Binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde is gedetineerd, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
f. De originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen vóór 31 december van het tweede jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC worden alle kosten die met deze DBC verband houden toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Indien de nota's later worden ingediend dan hierboven vermeld kan de vergoeding van zorgkosten worden verminderd met de schade die Zorg en Zekerheid daardoor lijdt of zelfs komen te vervallen, voor zover Zorg en Zekerheid door de late indiening in een redelijk belang is geschaad. Alleen originele nota's, of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/zittend ziekenvervoer, zie hiervoor ook **www.zorgenzekerheid.nl**;
g. Voor zover een verwijzing in de polis voor het inroepen van de zorg is vereist, de verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen indien Zorg en Zekerheid hierom vraagt.

29.2 Tijdig aanvragen van toestemming
De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht toestemming van Zorg en Zekerheid, zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen en instellingen, vooraf op een zodanig tijdstip aan te vragen dat Zorg en Zekerheid de gelegenheid heeft alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.

29.3 Niet nakomen van verplichtingen
Wanneer de belangen van Zorg en Zekerheid worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen, heeft de verzekerde geen recht op zorg dan wel behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden.

29.4 Verjaring
a. Uw rechtsvordering, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd;
b. Als Zorg en Zekerheid uw verzoek om vergoeding van zorgkosten geheel of gedeeltelijk afwijst, zal Zorg en Zekerheid u hiervan schriftelijk op de hoogte brengen. In geval van afwijzing verjaart uw rechtsvordering op Zorg en Zekerheid door verloop van zes maanden na dagtekening van de schriftelijke afwijzing;
c. Om te voorkomen dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart, moet u Zorg en Zekerheid binnen de verjaringstermijn schriftelijk mededelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsvordering tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart.

Artikel 30 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:
a. Iedere aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde wordt gefraudeerd dan welenige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
b. Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;
c. Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a., de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
d. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
e. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer registreren in het Extern Verwijzingsregister en wordt aangifte gedaan bij de politie.

Artikel 31 Onrechtmatige inschrijving

1. Indien ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen verzekeringsplicht (meer) bestaat;
2. Zorg en Zekerheid zal de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (meer) bestaat, verrekenen met de door u sindsdien voor rekening van Zorg en Zekerheid genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen.

Artikel 32 Premie

32.1 Grondslag van de premie
De grondslag van de premie is de premie van een individueel verzekerde met een verplicht eigen risico en een vrijwillig gekozen eigen risico van € 0,00 en een betaling per maand. Zie voor de grondslag van de premie uw polisblad van het desbetreffende jaar.

32.2 Berekening van de premie

Grondslag van de premie	
Korting vrijwillig gekozen eigen risico	-
Korting collectiviteit (% van de grondslag van de premie)	-
Tussenresultaat (te betalen premie)	
Korting betaaltermijnen (% tussen resultaat)	-
Te betalen premie	

32.3 Korting op de premie voor vrijwillig gekozen eigen risico
U heeft de keuze uit een jaarlijks vrijwillig gekozen eigen risico van € 0,00, € 100,00, € 200,00, € 300,00, € 400,00 en € 500,00. Dit eigen risico geldt per individuele verzekerde van 18 jaar en ouder. Kinderen tot 18 jaar hebben bij de wet een eigen risico van € 0,00. Voor de korting met betrekking tot het eigen risico kunt u de offertemodule op **www.zorgenzekerheid.nl** raadplegen.

32.4 Korting op de premie voor collectiviteiten
Collectiviteiten hebben de mogelijkheid tot het aanvragen van een korting. De maximale korting is 10% van de grondslag van de premie.

32.5 Korting op de premie voor vooruitbetaling
Bij vooruitbetaling van de premie per halfjaar of jaar krijgt u respectievelijk 1% of 3% korting over de verschuldigde premie bij het vrijwillig gekozen eigen risico.

32.6 Premiebetaling
a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen;
b. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is Zorg en Zekerheid gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her) berekenen c.q. te restitueren;
c. Het is verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Zorg en Zekerheid te vorderen vergoeding;
d. In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

32.7 Betalingsachterstand

a. Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Zorg en Zekerheid na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de 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. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;
b. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling (artikel 18a.1 Zvw). Het aanbod bestaat in ieder geval uit de in artikel 18a, tweede lid, Zvw opgenomen elementen (artikel 18a.2 Zvw);
c. Zo spoedig mogelijk nadat de premieachterstand vier maandpremies is gaan bedragen (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) deelt Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer en de verzekerde mede dat zij voornemens is over te gaan tot melding, zoals bedoeld in artikel 18c Zvw, zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde met uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte er van te betwisten (artikel 18b.1 Zvw);
   Indien Zorg en Zekerheid haar standpunt op de betwisting handhaaft, kan de verzekerde of verzekeringnemer binnen een termijn van vier weken na ontvangst van die mededeling een geschil hierover voorleggen aan een onafhankelijke instantie op grond van artikel 114 Zvw of de burgerlijke rechter (artikel 18b.2 Zvw). Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat nadat, ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18b, derde lid, Zvw);
d. Indien een premieachterstand (zonder incassokosten en rente) is ontstaan van zes maanden meldt Zorg en Zekerheid dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het CVZ, de verzekeringnemer en de verzekerde (artikel 18c.1 Zvw). De melding geschiedt niet indien:
   - de premieachterstand tijdig is betwist en de zorgverzekeraar zijn standpunt nog niet aan de verzekeringnemer kenbaar heeft gemaakt;
   - gedurende de in artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn;
   - in geval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
   - indien de verzekeringnemer zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten (Zie artikel 18c, tweede lid, Zvw).
e. Zorg en Zekerheid stelt het CVZ, de verzekeringnemer en de verzekerde onverwijld op de hoogte van de datum waarop:
   1. De uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan;
   2. De schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, als bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
   3. Door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, tenminste zijn zorgverzekeraar deelneemt (artikel 18d.3 Zvw);
f. Indien Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtelijke kosten worden tenminste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd, in gebreke is;
g. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Zorg en Zekerheid zijn ontvangen.

32.8 Betaling verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

a. Met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 3 en 4 komt het eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde;
b. Indien Zorg en Zekerheid de op grond van deze polis gedekte kosten rechtstreeks heeft vergoed aan een zorgverlener of instelling en hierop nog een eigen risico van toepassing is dan moet de verzekeringnemer/verzekerde het opgelegde eigen risico terugbetalen bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid;
c. Indien de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:
   1. Zorg en Zekerheid kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen met de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden vanaf de 31ste dag na de aanmaning. U blijft verplicht de betaling van het opgelegde eigen risico te voldoen;
   2. Aanspraken op vergoedingen en/of verstrekkingen herleven weer op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag inclusief de kosten door Zorg en Zekerheid is ontvangen. Bij beëindiging van de verzekering zal invordering onmiddellijk plaatsvinden;
   3. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die het eigen risico verschuldigd is. De buitengerechtelijke kosten worden ten minste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die het eigen risico verschuldigd is, in gebreke is.

Artikel 33 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

33.1 Kennisgeving

1. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeit zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid wordt meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
   - vervallen van de wettelijke verzekeringsplicht;
   - adreswijziging;
   - echtscheiding, einde duurzaam samenwonen of einde geregistreerd partnerschap;
   - overlijden;
   - geboorte;
   - wijziging bankrekeningnummer;
   - wijziging huisarts.

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt:

2. Wanneer de wijziging niet binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de wijziging pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Wanneer een geboorte niet binnen vier maanden aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de verzekering pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.

33.2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde

Zorg en Zekerheid benadert de verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste 4 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig gekozen eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Zorg en Zekerheid kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn, wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder vrijwillig gekozen eigen risico.

Artikel 34 Herziening van premie of voorwaarden

1. Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of de grondslag van de premie van de bij Zorg en Zekerheid lopende verzekering en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum, doch tenminste zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer/verzekerde is meegedeeld. Zorg en Zekerheid maakt, eventueel op premienota's, de wijzigingen bekend;
2. De verzekeringnemer/verzekerde die zich met de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag niet kan verenigen, kan door opzegging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging van de verzekering schriftelijk en aangetekend bij Zorg en Zekerheid indienen binnen zes weken nadat de wijziging door Zorg en Zekerheid bekend is gemaakt. Zorg en Zekerheid beëindigt de verzekering met ingang van de datum van de wijziging met restitutie van de reeds voldane vooruitbetaalde premie;
3. Heeft Zorg en Zekerheid voor de dag van inwerkingtreding van de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag geen schriftelijk verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden;
4. De mogelijkheid tot tussentijdse opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van de voorwaarden en/of premie, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen (artikelen 11 tot en met 14 uit de Zorgverzekeringswet), daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat.

Artikel 35 Begin en einde van de verzekering

1. a. De verzekering gaat in op de dag waarop Zorg en Zekerheid het volledig ingevulde aanvraagformulier van de verzekeringnemer heeft ontvangen;
   b. Indien Zorg en Zekerheid op basis van de gegevens op het aanvraagformulier niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een verzekering te sluiten en zij in verband daarmee nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de dag waarop de laatst bedoelde persoon de benodigde informatie heeft verschaft;
   c. Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop de plicht ontstond;
   d. Indien de zorgverzekering ingaat binnen één maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden en/of wijziging van de grondslag van de premie, met toepassing van artikel 7:940 lid 4 van het Burgerlijk Wetboek, is geëindigd door opzegging werkt deze zorgverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd;
   e. Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop Zorg en Zekerheid het verzoek, bedoeld in lid 1 a, daarvoor ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 1 a of 1 b, gaat de verzekering op die latere datum in.
2. De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. U (verzekeringsnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar.
   Het opzeggen kan plaatsvinden:
   - door uzelf (verzekeringsnemer). U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk opzeggen;
   - door gebruik te maken van de opzegservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

3. Nadat Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij Zorg en Zekerheid de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst. Het voorgaande lijdt uitzondering indien Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.
4. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat Zorg en Zekerheid niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na:
   a. schorsing als bedoeld in artikel 32.7. Aan een beëindiging op deze grond wordt geen terugwerkende kracht verleend;
   b. onwaarachtige weergave van feiten als bedoeld in artikel 30;
5. De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. Zorg en Zekerheid dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
6. De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.
7. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop Zorg en Zekerheid tengevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden. Zorg en Zekerheid stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op deze grond eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
8. Indien de verzekeringnemer een andere is dan de verzekerde kan de verzekeringnemer Zorg en Zekerheid schriftelijk verzoeken om beëindiging van de verzekering van de verzekerde indien de verzekerde zich intussen elders op grond van de Zorgverzekeringswet heeft verzekerd. Zorg en Zekerheid eindigt de verzekering, en wel met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand, volgend op die waarop het verzoek daartoe door Zorg en Zekerheid wordt ontvangen. De verzekeringnemer dient daartoe bewijsstukken, waaruit blijkt dat verzekerde elders op grond van de Zorgverzekeringswet is verzekerd, te overleggen.
9. Indien het schriftelijke verzoek tot opzegging inclusief de benodigde bewijsstukken, als bedoeld in het voorgaande lid, wordt ontvangen voorafgaand aan de dag waarop de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt, wordt de verzekering bij Zorg en Zekerheid beëindigd met ingang van de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat.
10. Indien de verzekerde op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet is verzekerd kan deze de zorgverzekering gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CVZ hem daarvan mededeling heeft gedaan, vernietigen indien de verzekerde aan het CVZ en de zorgverzekeraar aantoont in de periode bedoeld in artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet reeds bij een andere zorgverzekeraar verzekerd is.
11. In afwijking van artikel 931 boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is Zorg en Zekerheid bevoegd een met Zorg en Zekerheid gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat degene die het CVZ bij Zorg en Zekerheid verzekerde op dat moment niet verzekeringsplichtig was.
12. Zonodig in afwijking van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet kan, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, een verzekeringnemer een zorgverzekering als bedoeld in het eerste lid van artikel 9d van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

Artikel 36 Geschillen

1. Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing;

2. Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met betrekking tot de uitvoering van deze verzekering kunt u schriftelijk, binnen 8 weken nadat de beslissing aan u is meegedeeld, een klacht indienen bij:

   Zorg en Zekerheid
   t.a.v. de Klachtencommissie
   Antwoordnummer 12030
   2300 VC LEIDEN

3. Indien u het niet eens bent met de beslissing die Zorg en Zekerheid heeft genomen over uw klacht of u heeft binnen 12 weken na het indienen van de klacht geen reactie ontvangen, heeft u de mogelijkheid zich te wenden tot:

   Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
   t.a.v. de Ombudsman Zorgverzekeringen
   Postbus 291
   3700 AG ZEIST

4. In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de burgerlijke rechter.

5. Indien u een klacht heeft over de Zorg en Zekerheid gehanteerde formulieren kunt u deze voorleggen aan de NZa. De klacht moet betrekking hebben op formulieren die naar uw oordeel overbodig of te ingewikkeld zijn. De uitspraak van de NZa is aan te merken als een bindend advies.

   NZa
   Postbus 3017
   3502 GA UTRECHT

Slotbepaling

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen ten aanzien van deze verzekeringsovereenkomst. In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Aldus door de ledenraad vastgesteld op 26 oktober 2011 met ingang van 1 januari 2012.

Rubriek F
Waar kunt u terecht voor informatie?

Heeft u vragen dan kunt u de medewerkers van ons Contact Center bellen. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer: (071) 5 825 **825**. Of u kunt een bezoek brengen aan één van onze winkels. Ook op **www.zorgenzekerheid.nl** vindt u veel informatie.

MijnZZ

Verzekerden van Zorg en Zekerheid hebben toegang tot mijnZZ. Via mijnZZ is het mogelijk ingediende declaraties, eigen risico, persoonlijke gegevens en polisgegevens te raadplegen. Bovendien kunt u via mijnZZ een aantal gegevens online wijzigen. Via **www.zorgenzekerheid.nl** maakt u gemakkelijk een mijnZZ account aan met een eigen gebruikersnaam en wachtwoord.

Hoe krijg ik mijn nota vergoed?

- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen kosten op basis van de originele nota's (dus geen pinbonnen en/of kassabonnen), of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener;
- schrijf uw Burger Service Nummer op de originele nota en maak een kopie voor uw eigen administratie;
- stuur de originele nota's in een ongefrankeerde enveloppe aan:

  Zorg en Zekerheid
  t.a.v. de Afdeling Declaraties
  Antwoordnummer 12030
  2300 VC LEIDEN

- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het kalenderjaar volgend op het derde jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming te vragen; welke dat zijn kunt u terugvinden in dit boekje onder Rubriek C Omvang dekking.

Hoe krijg ik mijn buitenland nota vergoed?

Bij de declaratie van in het buitenland gemaakte kosten moet u naast de originele nota ook een declaratieformulier indienen. Dit formulier is te downloaden via **www.zorgenzekerheid.nl** of verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid. De originele nota kunt u samen met het declaratieformulier gratis opsturen naar:

Zorg en Zekerheid
t.a.v. de Afdeling Declaraties Buitenland
Antwoordnummer 12030
2300 VC LEIDEN

Eén bankrekeningnummer

Bij declaraties is het niet nodig uw rekeningnummer te vermelden. Zorg en Zekerheid gebruikt voor het uitbetalen van uw declaraties hetzelfde rekeningnummer als voor de incasso of betaling van de premies. Dit rekeningnummer staat vermeld op uw polisblad.

Polisvoorwaarden 2012

Aanvullende verzekeringen

Zorg en Zekerheid
dichtbij werkt beter

Rubriek A Begripsomschrijvingen

Voor alle hierna omschreven zorgverleners of zorgverlenende instanties geldt dat ze in Nederland gevestigd moeten zijn, dan wel in geval van een dienstverband met een instelling in Nederland werkzaam moeten zijn.

Acupuncturist
Iemand die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG (Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) en die de aanvullende opleiding acupunctuur heeft afgerond. Òf iemand met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Antroposofisch therapeut
Een antroposofisch therapeut moet voldoen aan één van onderstaande voorwaarden:
- een fysiotherapeut die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een diëtist, logopedist of oefentherapeut die voldoet aan de eisen in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een verpleegkundige of een verloskundige die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die de hbo-opleiding kunstzinnige of euritmietherapie heeft afgerond;
- een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die een aanvullende opleiding op het gebied van antroposofische (psychosociale) hulpverlening heeft afgerond.

Alle therapeuten dienen te zijn geregistreerd bij de beroepsverenigingen die zijn aangesloten bij de Federatie Antroposofische Gezondheidszorg (FAG). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Apotheker
Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, lid 5, van de Geneesmiddelenwet.

Apotheekhoudend huisarts
Een huisarts aan wie krachtens artikel 61, lid 10 en 11, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Arts
Iemand die als arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

AWBZ
De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Basisverzekering
De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel hoofdverzekering of zorgverzekering genoemd.

Bekkenfysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Bestuur
Raad van Bestuur van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
Een door de bevoegde overheidsinstantie erkend (of voorlopig erkend) universitair of daarmede gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Chiropractor
Iemand die is geregistreerd als beroepsbeoefenaar in de chiropractie en die een opleiding op academisch niveau (erkend 'college of chiropractic') heeft afgerond. Een lijst van registers en beroepsverenigingen vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Chronische aandoening fysiotherapie en/ of oefentherapie
Een aandoening die is opgenomen in, de op de dag waarop de gedeclareerde prestatie is geleverd geldende, Bijlage I van het Besluit zorgverzekering.

Cranio Sacraal therapeut
Dit is een minimaal op hbo-niveau in de gezondheidszorg opgeleide behandelaar (niet-zijnde de eigen huisarts) die BIG geregistreerd is en die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals die door de RCN (Register Cranio Sacraal therapie Nederland) zijn gesteld. Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Diëtist
Iemand die voldoet aan de eisen voor diëtist in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

Drogisterijmiddel
Geneesmiddel dat zonder recept verkrijgbaar is bij apotheek of drogist maar geen homeopathisch geneesmiddel is. Bepalend is de lijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) die van kracht is op het moment van levering. Ook wel zelfzorgmiddel genoemd.

Eerstelijns psycholoog
Een gezondheidszorgpsycholoog, die staat geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijns psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Eigen bijdrage
Bijdrage in aanvulling op vergoeding vanuit de hoofdverzekering die de verzekerde zelf moet betalen.

Ergotherapeut
Iemand die voldoet aan de eisen voor ergotherapeut in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

Fleboloog/proctoloog
Een arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Benelux Vereniging voor Flebologie.

Fraude
Onder fraude wordt in ieder geval begrepen het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg) verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Fysiotherapeut
Iemand die als fysiotherapeut is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

Geriatrie fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als geriatrie fysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Gezin
Twee gehuwden dan wel twee ongehuwden met of zonder ongehuwde kinderen, of een alleenstaande met één of meer ongehuwde kinderen, die aantoonbaar duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren.

Gezinslid
Persoon behorend tot het gezin als bedoeld in de voorgaande begripsomschrijving.

Haptotherapeut
Iemand met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die ook de aanvullende opleiding haptotherapie heeft voltooid. Een haptotherapeut moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria die worden gehanteerd door de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Herstellingsoord en Zorghotel
Instellingen die kortdurende intensieve behandeling bieden aan mensen met lichamelijke en/of psychosociale problemen, bij wie het dagelijks functioneren verstoord is en bij wie een ambulante behandeling niet of nog niet toereikend is.

(Klassiek) Homeopaat
Iemand die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding homeopathische geneeswijze heeft afgerond. Of iemand met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg en een aanvullende opleiding in de homeopathie. Een (klassiek) homeopaat moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Hoofdverzekering
De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel basisverzekering of zorgverzekering genoemd.

Hospice
Een instelling die specifiek is ingericht voor tijdelijke opvang van ongeneeslijk zieke patiënten in de laatste fase van hun leven en voor tijdelijke opvang van hun naasten.

Huidtherapeut
Iemand met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt en die als huidtherapeut is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 34 van de Wet BIG.

Huisarts
Iemand die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), die beroepsmatig huisartsgeneeskundige hulp verleent en die voor eigen rekening en risico praktijk uitoefent.

Hulpmiddelen
De hulpmiddelen conform de Zorgverzekeringswet en de Regeling zorgverzekering.

Kaakchirurg
Iemand die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Kind
Ongehuwd eigen, adoptief of pleegkind tot 18 jaar.

Kinderfysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Kinderoefentherapeut
Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die tevens als kinderoefentherapeut staat geregistreerd in het register van Verbijzonderde oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

Kraambureau of kraamcentrum
Een organisatie die zorgt voor de levering van kraamzorg op het woonadres of de verblijfplaats van de verzekerde.

Kraamzorg
De zorg voor moeder en pasgeboren kind die thuis bij de verzekerde wordt verleend door een aan het kraambureau verbonden kraamverzorg(st)er, na een (telefonische) intake door het kraambureau of kraamcentrum.

Lactatiekundige
Iemand die is aangesloten bij een beroepsgroep van lactatiekundigen en werkt volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Manueel geneeskundige
Iemand die als arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding Manuele geneeskunde heeft afgerond.

Manueel therapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Mantelzorg
De zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten, familie, vrienden, kennissen en buren.

Medisch adviseur
De (tand)arts of paramedicus die Zorg en Zekerheid in (para)medische aangelegenheden adviseert.

Medisch noodzakelijke repatriëring
Het medisch noodzakelijke ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar een ziekenhuis, revalidatie-instelling of verpleeghuis in Nederland, voor zover er sprake is van verblijf in het buitenland zoals bedoeld in artikel 3.3.1.

Medisch specialist
Een arts zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG die is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Meer Bewegen voor Ouderen
Een groepsgewijze cursus georganiseerd door een lokale welzijnsorganisatie die voldoet aan de voorwaarden van de NOC*NSF. Dit houdt in dat de cursusleider in bezit is van het certificaat MBvO. Een lijst van goedgekeurde cursussen bij welzijnsorganisaties vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Mondhygiënist
Iemand die voldoet aan de eisen voor mondhygiënist in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

Natuurgeneeskundige
Een arts die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding natuurgeneeskunde heeft afgerond.

Oedeemtherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut staat geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Oefentherapeut Mensendieck/Oefentherapeut Cesar
Iemand die voldoet aan de eisen voor oefentherapeut Mensendieck/Cesar in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

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

Orthodontie
Een volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaardde behandeling of onderzoek behorend tot het specialisme dat wordt uitgeoefend door een orthodontist.

Orthodontist
Iemand die als tandarts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het specialistenregister voor Dento Maxillaire orthopaedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Orthomoleculair geneeskundige
Een arts die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding orthomoleculaire geneeskunde heeft afgerond.

Orthopedagoog
Iemand die als orthopedagoog is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).

Osteopaat
Iemand met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg en die de aanvullende opleiding osteopathie heeft voltooid en staat geregistreerd in het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Overgangsconsulent(e)
Iemand met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg met een aantekening gynaecologie en die voldoet aan de kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de vereniging Care for Women.

Partner
De persoon met wie de verzekerde duurzaam samenwoont of is gehuwd en met wie de verzekerde een gemeenschappelijke huishouding voert.

Pedicure (medisch)
Een pedicure kan in het bezit zijn van een aantekening ‘voetverzorging bij diabetici’ (DV) en/of ‘voetverzorging bij reumapatiënten’ (RV). Naast een basisvoetbehandeling is hij/zij gespecialiseerd in het geven van een voetbehandeling bij diabetici en/of reumapatiënten. Een medisch pedicure is een gespecialiseerde pedicure die alle vormen van complexe voetproblematieken van cliënten kan behandelen. De pedicure moet opgenomen zijn in het Kwaliteits Register voor Pedicures (KRP).

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

Podoposturale therapeut
Iemand die een opleiding op mbo/hbo-niveau in de gezondheidszorg heeft afgerond en die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld het Omni Podo Genootschap.

Podotherapeut
Iemand die voldoet aan de eisen voor podotherapeut in het ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

Podoloog
Iemand die een opleiding op mbo/hbo-niveau in de gezondheidszorg heeft afgerond en die voldoet aan de eisen van bijvoorbeeld de Stichting LOOP.

Psychosomatisch fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als psychosomatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Psychosomatisch oefentherapeut
Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’ en die tevens als psychosomatisch oefentherapeut staat geregistreerd in het register van verbijzonderde oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

Psychotherapeut
Iemand die als psychotherapeut is geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG.

Reglement Farmaceutische Zorg
Het Reglement Farmaceutische Zorg is op te vragen bij Zorg en Zekerheid en te vinden op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Reglement Hulpmiddelen
Het Reglement Hulpmiddelen is op te vragen bij Zorg en Zekerheid en te vinden op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Schoonheidsspecialist
Iemand met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die de aanvullende opleidingen van bijvoorbeeld de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) heeft voltooid.

Shiatsu-therapeut
Iemand met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die voldoet aan de eisen van bijvoorbeeld de Vereniging voor IOKAI Shiatsu (VIS). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Specialistische hulp
Hulp of onderzoek dat volgens de algemeen aanvaarde medische normen tot het specialisme behoort waarvoor de medisch specialist is ingeschreven en dat als gebruikelijke behandeling of onderzoek kan worden aangemerkt.

Standaard kraampakket
Een kraampakket waarin alle noodzakelijke hulpmiddelen voor de bevalling en de kraamtijd zijn opgenomen.

Tandarts
Iemand die als tandarts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus
Iemand die voldoet aan de eisen voor tandprotheticus in het ‘Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus’.

Tandtechnicus
Een technicus die bij een tandtechnisch laboratorium tandtechnische werkstukken vervaardigt.

U/de verzekerde
Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als verzekerde bij Zorg en Zekerheid is ingeschreven.

Uitgebreid kraampakket
Een kraampakket waarin naast alle noodzakelijke hulpmiddelen voor de bevalling en de kraamtijd, ook een aantal nuttige verrassingen zit.

Verloskundige
Iemand die als verloskundige is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

Verzekering
De door de verzekeringsovereenkomst geregelde rechtsverhouding.

Verzekeringnemer
Degene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

Verzekeringsjaar
De op het polisblad omschreven periode en elke daaropvolgende aaneengesloten periode van 12 maanden.

Verzekeringsovereenkomst
De overeenkomst van verzekering gesloten tussen een verzekeringnemer en de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Wet BIG
Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Welzijnsorganisatie
Een non-profit organisatie die zich richt op het verbeteren en het stimuleren van de gezondheid (anders dan voor recreatieve doeleinden) door hulpverlening, het geven van cursussen en door het houden van voorlichtingsbijeenkomsten, allen in groepsverband. Een lijst van goedgekeurde welzijnsorganisaties vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**.

WOG
Wet op de Geneesmiddelenvoorziening.

Wij/ons/Zorg en Zekerheid
De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Zelfzorgmiddel
Geneesmiddel dat zonder recept verkrijgbaar is bij apotheek of drogist, maar geen homeopathisch geneesmiddel is. Bepalend is de lijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) die van kracht is op het moment van levering. Ook wel drogisterijmiddel genoemd.

Ziekenhuis
Een centrum voor medisch specialistische zorg dat volgens de regels van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als ziekenhuis of ZBC is toegelaten.

Zorghotel en Herstellingsoord
Instellingen die kortdurende intensieve behandeling bieden aan mensen met lichamelijke en/of psychosociale problemen, bij wie het dagelijks functioneren verstoord is en bij wie een ambulante behandeling niet of nog niet toereikend is.

Zorgverzekering
De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel basisverzekering of hoofdverzekering genoemd.

Rubriek B Omvang dekking

In deze rubriek vindt u de verstrekkingen en/of de vergoedingen waarop u, als verzekerde, recht heeft. In de artikelen is aangegeven onder welke voorwaarden en tot welk bedrag er maximaal recht op vergoeding bestaat. De Ledenraad heeft dit besloten op 26 oktober 2011. De vergoedingen voor de medische kosten vanuit de AV- Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal, AV-Delen € 150,00, AV-Delen € 460,00 en AV-Delen € 1.000,00 zijn gebaseerd op het door of namens ons met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als er geen tarief is overeengekomen, vergoeden wij de medische kosten volgens het in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgestelde tarief. De verzekeringsvoorwaarden en deze rubriek samen vormen de Algemene Voorwaarden van uw aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid.

Artikel 1 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?
Als kosten worden gezien de kosten van consulten, behandelingen en geneesmiddelen.
Per verzekerde komen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking de kosten van:
- homeopathische/antroposofische geneesmiddelen;
- de volgende alternatieve behandelwijzen:
  - Acupunctuur;
  - Antroposofie;
  - Chiropractie;
  - Cranio sacraal therapie;
  - Haptotherapie;
  - (Klassieke) homeopathie;
  - Manuele geneeskunde;
  - Natuurgeneeskunde;
  - Orthomoleculaire geneeskunde;
  - Osteopathie;
  - Shiatsu (medisch).

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Geneesmiddelen:
- de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door de arts bij wie u onder behandeling bent;
- de middelen moeten worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudende huisarts;
- de geneesmiddelen dienen te zijn geregistreerd door de databank van het College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). De lijst met geregistreerde middelen kunt u raadplegen op www.cbg-meb.nl of is een middel van één van de volgende fabrikanten: Wala®, Weleda®, Heel®, Vogel®, Biohorma®, Vsm®, Reckeweg®, Dolyssos® of Steigerwald®.

Behandelwijzen :
- als het gaat om manuele geneeskunde, orthomoleculaire geneeskunde en natuurgeneeskunde moet de behandeling worden gegeven door een arts, die niet uw eigen huisarts is;
- voor alle overige genoemde alternatieve behandelwijzen geldt dat de behandelaar moet voldoen aan de voorwaarden die zijn genoemd bij de begripsomschrijvingen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?
Vergoedingspercentage en maximumbedrag gelden voor alle alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen samen.

	AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Maximum	€ 250,00	€ 460,00	€ 600,00
Behandelingen/ Consulten	100% tot maximaal € 25,00 per dag	100% tot maximaal € 40,00 per dag	100%
Geneesmiddelen	50%	75%	100%

Artikel 2 Oogzorg

2.1 Brillenglazen, contact- of premiumlenzen en brilmonturen

Wat wordt er vergoed?
Per verzekerde komen per 2 kalenderjaren voor vergoeding in aanmerking de kosten van de aanschaf van brillenglazen, contact- of premiumlenzen en brilmonturen. Voor verzekerden jonger dan 13 jaar, die zijn verzekerd via een AV-GeZZin Compact, AV-GeZZin en AV-Totaal, kunnen de kosten één keer per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking komen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- er moet sprake zijn van een sterkte vanaf 2.25 dioptrieën per glas/lens (ook als er alleen een montuur wordt gedeclareerd);
- voor de AV-Totaal geldt de dioptrie-eis vanaf 2.25 dioptrieën niet, wel dient het een bril op sterkte te zijn. Tevens geldt de dioptrie-eis vanaf 2.25 dioptrieën niet voor een gratis kinderbril bij Specsavers (uit de Kids reeks), Eye Wish Groeneveld of Pearle, wel dient het een bril op sterkte te zijn.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?
De maximale vergoeding geldt voor de kosten van glazen, lenzen en brilmontuur samen.

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	**AV-GeZZin Compact**	**AV-Top**	**AV-GeZZin**	**AV-Plus**	**AV-Totaal**
Maximaal € 40,00 éénmaal per 2 kalender-jaren	Maximaal € 40,00 éénmaal per 2 kalender-jaren of éénmaal per kalender-jaar een gratis kinderbril inclusief montuur en glazen bij Eye Wish Groeneveld of bij Pearle	Maximaal € 70,00 éénmaal per 2 kalender-jaren	Maximaal € 70,00 éénmaal per 2 kalender-jaren of éénmaal per kalenderjaar een gratis kinderbril inclusief montuur en glazen bij Eye Wish Groeneveld of bij Specsavers uit de Kids reeks of bij Pearle	Maximaal € 100,00 éénmaal per 2 kalender-jaren	Maximaal € 150,00 éénmaal per 2 kalender-jaren of éénmaal per kalend-erjaar een gratis kinderbril inclusief montuur en glazen bij Eye Wish Groeneveld of bij Spec-savers uit de Kids reeks of bij Pearle

Als verzekerde bij Zorg en Zekerheid ontvangt u bij Eye Wish Groeneveld bovendien de volgende kortingen op elke aanschaf:
- € 55,00 korting op een complete bril met enkelvoudige glazen;
- € 110,00 korting op een complete bril met multifocale glazen;
- 15% korting op contactlenzen;
- 15% korting op zonnebrillen.

Als verzekerde bij Zorg en Zekerheid ontvangt u bij Specsavers bovendien de volgende kortingen op elke aanschaf:
- 20% korting op de aankoopprijs van een complete bril (montuur, alle glassoorten en glasopties);
- 20% korting op de aankoopprijs van een complete zonnebril op sterkte.

Deze kortingen gelden niet in combinatie met andere aanbiedingen. Vraag naar de voorwaarden in de winkel.

2.2 Ooglaseren

Wat wordt er vergoed?
Eenmalig de kosten voor het ooglaseren, ongeacht één of twee ogen worden behandeld.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De vergoeding geldt voor de duur van de verzekering.

Hoeveel krijg ik vergoed?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	**AV-Top AV-GeZZin AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	(eenmalig) maximaal € 200,00	(eenmalig) maximaal € 300,00

Artikel 3 Buitenland

3.1 Tabletten/injectie(s)/consulten wegens voorgenomen verblijf in het buitenland

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor tabletten/injectie(s)/consulten en het vaccinatieboekje komen in aanmerking voor vergoeding. De vergoeding geldt per verzekerde per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de kosten moeten zijn gemaakt wegens een voorgenomen verblijf of tijdens het daadwerkelijke verblijf in het buitenland;
- het betreft tabletten/injectie(s)/consulten en het vaccinatieboekje conform de geldende GGD lijst en de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR), zie www.lcr.nl.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?
De maximale vergoeding geldt voor de kosten van tabletten/injectie(s)/consulten en het vaccinatieboekje samen.

	AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact	**AV-Sure**	**AV-Top AV-GeZZin AV-Plus**	**AV-Totaal**
Niet-gecontracteerde zorgverlener	Geen vergoeding	Maximaal € 80,00	Maximaal € 80,00	Maximaal € 150,00
Gecontracteerde zorgverlener *	Geen vergoeding	100%	Maximaal € 80,00	100%

* een lijst vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**

Welke kosten worden niet vergoed?
Laboratoriumonderzoeken, muggencrème en -olie zijn uitgesloten van vergoeding.

3.2 Algemene voorwaarden voor vergoeding van de kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige hulp en/of tandheelkundige hulp en/of kosten voor hulpverlening in het buitenland worden slechts vergoed indien:
- bij het vertrek naar het buitenland niet kon worden voorzien dat de geneeskundige en/of tandheelkundige hulp nodig zou zijn;
- het verkrijgen van geneeskundige en/of tandheelkundige hulp niet uitsluitend of mede het doel van het verblijf in het buitenland is;
- uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland niet medisch verantwoord is;
- bij een ziekenhuisopname, in geval van een langdurige medische behandeling, bij meer dan twee poliklinische behandelingen en zonder uitstel contact is opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (+31 71 5 825 444) of eventueel per e-mail (alarmcentrale@anwb.nl) of fax (+31 70 3 147 040);
- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist wordt meegestuurd;
- de vergoeding is per kalenderjaar.

3.3 Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De kosten moeten zijn gemaakt gedurende vakantie- of zakenreis (inclusief ski- en langlaufsport), stage- of studieperiode.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
- kostprijs in Europa; - buiten Europa maximaal 200% van het marktconforme dan wel WMG-tarief in Nederland*.

* De vergoeding tot maximaal 200% van het marktconforme dan wel het WMG-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

Voor landen buiten Europa (zoals de Verenigde Staten) wordt aangeraden een reisverzekering af te sluiten met dekking voor geneeskundige kosten.

3.3.1 Geneeskundige kosten

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor onderstaande geneeskundige kosten:
- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- (plaatselijk) medisch noodzakelijk ambulancevervoer van de verblijfplaats in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, arts of specialist en weer terug naar de reguliere verblijfplaats in het buitenland;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi, eigen en openbaar vervoer. Maakt u gebruik van eigen vervoer, dan vergoedt Zorg en Zekerheid € 0,30 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie en/of zakenreis;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
- kostprijs in Europa; - buiten Europa maximaal 200% van het marktconforme dan wel WMG-tarief in Nederland*.

* De vergoeding tot maximaal 200% van het marktconforme dan wel het WMG-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

3.3.2 Tandheelkundige kosten

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van tandheelkundige noodhulp op basis van kostprijs.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Het moet gaan om kosten van tandheelkundige noodhulp.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	Maximaal € 345,00

Welke kosten worden niet vergoed?
Uitgesloten zijn de kosten van kronen, brugwerk en implantaten.

3.3.3 Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor medisch noodzakelijke repatriëring en de noodzakelijke toezending van geneesmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Het betreft:
- medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland van de zieke of gewonde verzekerde, respectievelijk overbrenging van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar Nederland;
- medisch noodzakelijke begeleiding bij de hiervoor vermelde repatriëring;
- de toezending van geneesmiddelen voor zover de douanebepalingen dit toelaten. De geneesmiddelen moeten dringend noodzakelijk zijn, niet verkrijgbaar zijn in het land van verblijf en op voorschrift van een arts worden verstrekt.

Tevens worden de repatriëring, de begeleiding en de toezending van geneesmiddelen, na vooraf verleende goedkeuring, door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale uitgevoerd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
Kostprijs

Welke kosten worden niet vergoed?
Kosten van repatriëring op sociale (niet-medische) gronden, anders dan in geval van overbrenging van een stoffelijk overschot, worden niet vergoed.

3.3.4 De kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Het betreft de kosten van organisatie en bemiddeling door de ANWB Alarmcentrale in verband met de volgende gebeurtenissen:
- ziekte, ongeval en overlijden;
- opname in een ziekenhuis;
- langdurige medische behandeling en meer dan tweemaal poliklinische behandeling door een arts of specialist;
- medisch noodzakelijke repatriëring van de verzekerde naar Nederland;
- toezending van geneesmiddelen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
Kostprijs

3.4 Uitsluitingen

Welke kosten worden niet vergoed?
Er bestaat geen recht op vergoeding van geneeskundige en/of tandheelkundige kosten en/of kosten uit uw aanvullende verzekering voor hulpverlening in het buitenland in het geval er sprake is van:
a. Verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies geldt van het Ministerie van Buitenlandse Zaken (zie www.minbuza.nl) of de ANVR;
b. Kosten die voortvloeien uit skispringen, skivliegen, skijöring, ski-alpinisme, tourskiën, gletscherskiën, gletschertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, paraskiën, heliskiën, het onderdeel figuurspringen van freestyleskiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen). Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (071) 5 825 **846** of declaraties.buitenland@zorgenzekerheid.nl;
c. Kosten die voortvloeien uit risicovolle sporten, zoals deltavliegen, parachutespringen, zeilvliegen en dergelijke, vechtsporten, wielerwedstrijden, rugby, wildwatervaren, paardenrenwedstrijden, zeezeilen in wedstrijdverband en bergtochten anders dan op begaanbare wegen en paden, sportduiken (zonder brevet of zonder professionele begeleiding);

d. Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (071) 5 825 **846** of declaraties.buitenland@zorgenzekerheid.nl;
e. Kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31ste week;
f. Kosten die verband houden met tandheelkunde voor verzekerden met een AV-Basis, AV-Standaard, AV-Sure of AV-GeZZin Compact;
g. Kosten die verband houden met alternatieve zorg zowel behandelingen als medicatie;
h. Kosten die verband houden met paramedische zorg met uitzondering van de vooraf gemachtigde behandelingen.

3.5 Indienen en vergoeding van nota's uit het buitenland

a. Bij declaraties uit het buitenland moet naast de originele nota ook een declaratieformulier worden ingediend. Dit formulier is verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid of te downloaden op **www.zorgenzekerheid.nl**. De originele nota kunt u samen met het declaratieformulier opsturen naar: Zorg en Zekerheid, t.a.v. Afdeling Declaraties Buitenland, Antwoordnummer 12030, 2300 VC LEIDEN;
b. De originele nota's moeten zodanig zijn gespecificeerd dat Zorg en Zekerheid er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding zij is gehouden. Computernota's moeten door de zorgverlener zijn gewaarmerkt;
c. Nota's dienen bij voorkeur in het Frans, Duits of Engels te worden opgesteld. Originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden;
d. Indien Zorg en Zekerheid het noodzakelijk acht dat de ingediende nota('s) moet(en) worden vertaald, dan kan Zorg en Zekerheid de verzekerde verzoeken om de nota('s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler;
e. Vertaalkosten, als bedoeld in het voorgaande lid, komen niet voor een vergoeding in aanmerking;
f. De vergoeding van de gemaakte kosten vindt plaats in Nederland in euro's. Dit met inachtneming van de omrekenkoers conform de richtlijnen van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Mocht deze koers ontbreken, dan wordt de omrekenkoers gehanteerd naar de dag van behandeling, tenzij er sprake is van een duidelijke afwijking van de parallelkoers of van het ontbreken van een notering.

3.6 Zuurstof op vakantie

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor zuurstof op vakantie per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
U heeft reeds een indicatie voor zuurstofgebruik.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
Maximaal € 600,00

Artikel 4 Farmaceutische hulp

4.1 Vergoeding GVS-eigen bijdrage

Wat wordt er vergoed?
De kosten van de GVS-eigen bijdrage voor de middelen Concerta®, Strattera®, Equasym® en Medikinet®.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De geneesmiddelen dienen te worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt te worden door een gecontracteerde apotheker.

Wat is een GVS-eigen bijdrage?
Het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelvergoedingssysteem (GVS) is van toepassing. Dit betekent dat voor Concerta®, Strattera®, Equasym® en Medikinet® een maximumbedrag is vastgesteld. Is de prijs van het middel hoger dan het maximumbedrag, dan zijn de meerkosten voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde (dit heet de GVS- eigen bijdrage).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-Plus**	**AV-Top** **AV-GeZZin Compact**	**AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 100,00	100%, tot maximaal € 250,00

4.2 Vaccinaties

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor de vaccinatie tegen diarree bij zuigelingen. Onder deze kosten vallen ook de kosten voor de toediening.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de vaccinaties vallen buiten het algemeen vaccinatieprogramma van de overheid;
- de toediening dient na overleg met uw huisarts te geschieden door een arts.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-Plus**	**AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 200,00

4.3 Anticonceptiva

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor anticonceptiva (orale geneesmiddelen, hulpmiddelen). Onder deze kosten vallen ook de verrichtingskosten van de (huis)arts.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de kosten worden vergoed vanaf 21 jaar, exclusief de eventuele GVS-eigen bijdrage;
- de anticonceptiva dienen te worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt te worden door een gecontracteerde apotheker.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Plus**	**AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100% (exclusief de GVS-eigen bijdrage)

4.4 Maagzuurremmers

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor maagzuurremmers die niet meer vergoed worden uit de Zorgverzekeringswet.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De maagzuurremmers dienen te worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt te worden door een gecontracteerde apotheker.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
100% maximaal € 35,00

4.5 Stoppen met Roken

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor geneesmiddelen die noodzakelijk zijn bij de kortdurende interventie Stoppen met Roken exclusief Champix®.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De geneesmiddelen dienen te worden voorgeschreven door een gecontracteerde (huis)arts en verstrekt te worden door een gecontracteerde apotheker.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
100% maximaal € 150,00

Artikel 5 Geboortezorg

Alleen vrouwelijke verzekerden kunnen aanspraak maken op de in dit hoofdstuk vermelde vergoedingen of verstrekkingen.

5.1 Kraampakket

Wat wordt er vergoed?
Verzekerden die zwanger zijn of een baby adopteren, kunnen bij Zorg en Zekerheid een kraampakket aanvragen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
U moet het kraampakket uiterlijk 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aanvragen via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer: 0900 - 222 44 66) of via de website **www.zorgenzekerheid.nl**. Het kraampakket kan ook worden aangevraagd bij adoptie als het kind jonger is dan 6 maanden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure **AV-Plus**	**AV-Basis** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen kraampakket	Standaard kraampakket	Uitgebreid kraampakket

5.2 Vergoeding van de eigen bijdrage voor verloskundige hulp en kraamzorg

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van uw eigen bijdrage die u volgens de basisverzekering moet betalen per bevalling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De eigen bijdrage moet betrekking hebben op de kosten van de poliklinische bevalling zonder medische indicatie of op de kosten van de kraamzorg.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Plus**	**AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top**	**AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 75,00	100%, tot maximaal € 100,00	100%, tot maximaal € 250,00 voor kraamzorg en 100%, tot maximaal € 250,00 voor poliklinische bevalling zonder medische indicatie

5.3.1 Vergoeding verlengde kraamzorg

Wat wordt er vergoed?
Verlengde kraamzorg na de tiende dag na de bevalling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het kraambureau stelt de indicatie in overleg met de verloskundige;
- de zorg moet worden verleend door een kraamcentrum dat is ingezet via de Kraamlijn (telefoonnummer 0900 - 222 44 66);
- De verlengde kraamzorg dient aan te sluiten op de reguliere kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) of op het ziekenhuisontslag (maximaal 10 dagen na de bevalling).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Plus**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	Maximaal 16 uur

5.3.2 Vergoeding uitgestelde kraamzorg

Wat wordt er vergoed?
Als u geen aanspraak meer kunt maken op reguliere en/of verlengde kraamzorg, kunt u mogelijk nog in aanmerking komen voor uitgestelde kraamzorg. Dit kan bijvoorbeeld zijn wanneer u langer in het ziekenhuis moest verblijven na een keizersnede, bij geboorte van een meerling of als er sprake is van couveuse zorg. Het kraamcentrum moet in overleg met de verloskundige de medische noodzaak vaststellen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het kraambureau stelt de indicatie in overleg met de verloskundige;
- de zorg moet worden verleend door een kraamcentrum dat is ingezet via de Kraamlijn (telefoonnummer 0900 - 222 44 66);
- u kunt tot maximaal 6 weken na de bevalling of na adoptie van kinderen jonger dan zes maanden aanspraak maken op vergoeding van uitgestelde kraamzorg. Bij couveusekinderen geldt de termijn van zes weken niet.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Plus**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	Maximaal 16 uur

5.4 Borstkolf

Wat wordt er vergoed?
Verzekerden komen éénmaal per kalenderjaar in aanmerking voor vergoeding van de kosten van het huren van een borstkolf of één keer tijdens de gehele looptijd van de verzekering voor de aanschaf van een borstkolf.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u een aankoop- of huurbewijs bij ons in te dienen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Plus**	**AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	Maximaal € 40,00

5.5 Zwangerschapscursus

Wat wordt er vergoed?
De kosten van het volgen van een zwangerschapscursus per vrouwelijke verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de cursus vindt plaats tijdens de zwangerschap en dient ter voorbereiding op de bevalling;

Of:
- de cursus dient ter bevordering van het fysieke herstel en vindt plaats tot maximaal zes maanden na de bevalling.

De cursus wordt georganiseerd door:
- een thuiszorgorganisatie;
- een gekwalificeerde zorgverlener die aangesloten is bij, en voldoet aan de kwaliteitseisen van, de vereniging Samen Bevallen;
- een fysiotherapeut;
- een oefentherapeut Cesar;
- een oefentherapeut Mensendieck.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u een (kopie)bewijs van deelname te overleggen waarop de kosten staan vermeld.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure **AV-Plus**	**AV-Basis** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-GeZZin** **AV-Top** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 100,00

5.6 Borstvoedingscursus
Wat wordt er vergoed?
De kosten voor het volgen van de 'Zorg en Zekerheid borstvoedingscursus' per verzekerde, per kalenderjaar. Hiervoor kunt u zich aanmelden via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' telefoonnummer: 0900 - 222 44 66 of via de website **www.zorgenzekerheid.nl**.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure **AV-Plus**	**AV-Basis** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-GeZZin** **AV-Top** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 20,00

5.7 Combinatietest
Wat wordt er vergoed?
De kosten van een combinatietest per vrouwelijke verzekerde, per kalenderjaar. De combinatietest bestaat uit een nekplooimeting (ook wel: NT-meting) en een kansbepalende bloedtest.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de combinatietest dient uitgevoerd te worden door een huisarts, verloskundige of medisch specialist die beschikt over een Wbo-vergunning voor prenatale screening;
- de vrouwelijke verzekerde dient jonger dan 36 jaar te zijn.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Plus**	**AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-GeZZin** **AV-Top** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 150,00

5.8 Lactatiekundige
Wat wordt er vergoed?
De kosten van een lactatiekundige per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De lactatiekundige dient te voldoen aan de criteria van Zorg en Zekerheid zoals vermeld in de begripsomschrijvingen, rubriek A.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-Plus** **AV-Top**	**AV-GeZZin** **AV-GeZZin Compact** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 150,00

Artikel 6 Herstel en verblijf

6.1 Herstellingsoord en Zorghotel
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor het verblijf in een herstellingsoord of zorghotel in Nederland per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Voor het verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is een verwijzing van de behandelend arts nodig.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Het herstellingsoord of zorghotel dient toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid. Een lijst van door Zorg en Zekerheid goedgekeurde herstellingsoorden en zorghotels kunt u vinden op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure	**AV-Basis** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	Maximaal € 35,00 per dag met een maximum van € 1.050,00	Maximaal € 50,00 per dag met een maximum van € 1.500,00

Of:

6.2 Hospice
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor verblijf in een hospice of het thuiszorgconsult vanuit de hospice in Nederland per verzekerde, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure	**AV-Basis** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	Maximaal € 35,00 per dag met een maximum van € 1.050,00	Maximaal € 50,00 per dag met een maximum van € 1.500,00

6.3 Kuurreizen
Als u reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew of artritis psoriatica heeft, dan kunt u in aanmerking komen voor vergoeding van de kosten van een kuurreis.

Wat wordt er vergoed?
Per verzekerde komen éénmaal in de twee kalenderjaren de reis-, verblijf- en behandelkosten van een drieweekse kuurreis naar het buitenland voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De kuurreis moet zijn georganiseerd door een organisatie waarmee Zorg en Zekerheid afspraken heeft gemaakt.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U moet vooraf een aanvraag indienen bij Zorg en Zekerheid met een onderbouwing van uw behandelend arts en toestemming hebben van Zorg en Zekerheid.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure	**AV-Basis** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot een maximum van € 1.050,00

6.4 Logeerhuis
Wat wordt er vergoed?
Per verzekerde komen de kosten van de eigen bijdrage voor vergoeding in aanmerking, bij opname van een gezinslid in een ziekenhuis in Nederland. De vergoeding geldt per dag of nacht voor het verblijf in een aan een ziekenhuis verbonden logeerhuis.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure	**AV-Basis** **AV- Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Plus** **AV-Top**	**AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	Maximaal € 15,00 per dag	Maximaal € 20,00 per dag

6.5 Therapeutisch kamp voor jongeren
Wat wordt er vergoed?
Verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar en lijden aan o.a. CARA, diabetes mellitus (suikerziekte), cystic fibrosis, kanker of obesitas kunnen éénmaal per kalenderjaar in aanmerking komen voor vergoeding van de kosten van verblijf en behandeling in een therapeutisch kamp.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het therapeutische kamp is in Nederland;
- de organisatie is in handen van een erkende patiënten(belangen)organisatie. Een lijst van erkende patiëntenorganisaties kunt u vinden op **www.zorgenzekerheid.nl.**

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure **AV-Plus**	**AV-Basis** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top**	**AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	50%, tot maximaal € 350,00	100%, tot maximaal € 300,00	100%, tot maximaal € 350,00

6.6 Vervangende mantelzorg
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van vervangende mantelzorg tijdens de vakantie van de reguliere mantelverzorger(s) per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De vervangende mantelzorg moet worden geregeld door de Stichting Thuisverzorging Gehandicapten (Handen in Huis).

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Zorg en Zekerheid moet vooraf toestemming hebben gegeven.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	Tot maximaal 6 weken

Artikel 7 Huidtherapie

7.1 Acnébehandeling
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van de behandeling van acné per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist;
- u dient een medische noodzakelijkheidverklaring van de behandelaar mee te sturen met de (eerste) nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Plus**	**AV-Sure** **AV-Top**	**AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 150,00	100%, tot maximaal € 250,00

7.2 Camouflagetherapie
Wat wordt er vergoed?
Bij camouflagetherapie komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van de behandeling, de instructielessen en de cosmetische producten per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de huidafwijking bevindt zich in gezicht of hals;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of huid-therapeut;
- u dient een medische noodzakelijkheidverklaring van de behandelaar mee te sturen met de (eerste) nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
50%, tot maximaal € 115,00	75%, tot maximaal € 115,00	100%, tot maximaal € 150,00

7.3 Dermatografie (medische tatoeage)
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van dermatografie volgend op een medische behandeling per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of dermatoloog. U dient een medische noodzakelijkheidverklaring van de behandelaar mee te sturen met de (eerste) nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure	AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50%, tot maximaal € 200,00	75%, tot maximaal € 200,00	100%, tot maximaal € 250,00

7.4 Epilatie of laserontharing

Wat wordt er vergoed?
Vrouwelijke verzekerden komen eenmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de kosten van epilatie of laserontharing.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de beharing moet zich bevinden op plaatsen in het gelaat waar dat naar algemene opvattingen ongebruikelijk is;
- u dient een medische noodzakelijkheidverklaring van de behandelaar mee te sturen met de (eerste) nota;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een schoonheidsspecialist of huid-therapeut.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
50%, tot maximaal € 550,00	75%, tot maximaal € 1.100,00	100%, tot maximaal € 1.500,00

7.5 Voetverzorging voor verzekerden met suikerziekte of reumapatiënten

Verzekerden met suikerziekte of reumatoïde artritis kunnen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van voetverzorging.

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van de voetverzorging per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat wordt er niet vergoed?
De indicatie artrose komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De behandeling moet worden uitgevoerd door een medisch pedicure of een pedicure die in het bezit is van een aantekening 'voetvoerzorging bij diabetici' (DV) en/ of 'voetverzorging bij reumapatiënten' (RV). De pedicure moet opgenomen zijn in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP). Kijk op onze website voor een pedicure in uw buurt die aan deze voorwaarden voldoet.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 210,00

Artikel 8 Hulpmiddelen

8.1 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

Wat wordt er vergoed?
Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van de volgende hulpmiddelen:
- een prothese-bh en plakstrips behorend bij een borstprothese;
- een steunpessarium;
- steunzolen/podotherapeutische zolen.

En een vergoeding van de eigen bijdrage per verzekerde, per kalenderjaar voor de volgende hulpmiddelen:
- een pruik;
- een hoortoestel.

Welke kosten worden niet vergoed?
- de kosten van het verplicht en vrijwillig eigen risico;
- de kosten van het nazorgcontract, de onderhoudsmiddelen, de reinigingsset of de vervangingsgarantie bij hoortoestellen;
- als u een hulpmiddel bij een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft aangeschaft blijft de overige 20% van het marktconforme tarief voor uw eigen rekening.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

	AV-Sure	AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
prothese-bh en plakstrips bij borstprothese	Geen vergoeding	50%, tot maximaal € 35,00	100%, tot maximaal € 70,00	100%, tot maximaal € 100,00
eigen bijdrage bij pruik	Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 70,00	100%, tot maximaal € 140,00	100%, tot maximaal € 200,00
eigen bijdrage bij hoortoestel	Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 70,00 per oor	100%, tot maximaal € 140,00 per oor	100%, tot maximaal € 200,00 per oor
steunpessarium	Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 70,00	100%, tot maximaal € 70,00	100%, tot maximaal € 70,00
steunzolen/ podothera-peutische zolen	Geen vergoeding	50%, tot maximaal € 35,00	100%, tot maximaal € 70,00	100%, tot maximaal € 100,00

8.2 Plaswekker

Wat wordt er vergoed?
Verzekerden komen éénmaal per kalenderjaar in aanmerking voor vergoeding van de kosten van het huren van een plaswekker of één keer tijdens de gehele looptijd van de verzekering voor de aanschaf van een plaswekker.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De plaswekker moet door de behandelend arts zijn voorgeschreven.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-Plus	AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 85,00

8.3 Hulpmiddelen bij thuisverpleging

Wat wordt er vergoed?
Verzekerden komen één keer tijdens de gehele looptijd van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de aanschafkosten van:
- heuponderstеuningsband;
- aankleedstokje;
- 'helping hand';
- heupbeschermer.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Het hulpmiddel moet door de behandelend arts of verloskundige zijn voorgeschreven. Dit voorschrift dient meegezonden te worden met de nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure	**AV-Basis** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 40,00

8.4 Hulpmiddelen bij (thuis)verpleging

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de huurkosten van:
- ondersteek (normaal of slofmodel);
- zitbad;
- draaischijf;
- infuusstandaard;
- windring;
- patiëntenlift;
- douchestoel;
- toiletstoel;
- toiletverhoger.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De kosten worden vergoed als de uitleentermijn van de thuiszorgorganisatie is verstreken.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure	**AV-Basis** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	Maximaal 6 maanden

8.5 Alarmering op sociale indicatie

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van de huur voor persoonlijke alarmeringsapparatuur.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- er dient sprake te zijn van een sociale indicatie voor persoonlijke alarmering die door Zorg en Zekerheid kan worden vastgesteld;
- de persoonlijke alarmeringsapparatuur moet geleverd worden door de gemeente, Stichting Welzijn Ouderen (SWO) of een thuiszorgorganisatie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure	**AV-Basis** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	Maximaal € 3,50 per maand	Maximaal € 4,00 per maand	Maximaal € 5,00 per maand

Welke kosten worden niet vergoed?
Aansluitkosten en abonnementskosten voor de alarmcentrale zijn voor uw eigen rekening.

8.6 Gehoorbeschermers

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden eenmalig per kalenderjaar de kosten van gehoorbeschermers.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-Plus**	**AV-Sure** **AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 40,00

Artikel 9 Medisch Specialistische hulp

9.1 Flebologie/proctologie

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van consulten, verbandmiddelen en injecties voor flebologische en proctologische behandelingen per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- alleen de kosten van behandeling van aderlijke aandoeningen (bijvoorbeeld spataderen, 'open been', aambeien) worden vergoed;
- u hebt een verwijzing nodig van de huisarts of specialist;
- de behandeling moet worden verricht door een arts-fleboloog, dermatoloog of arts-fleboloog- proctoloog;
- individueel of in groepsverband, in een polikliniek of in een centrum voor flebologie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure	**AV-Basis** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	50%, tot maximaal € 75,00	75%, tot maximaal € 100,00	100%, tot maximaal € 150,00

9.2 Besnijdenis zonder medische indicatie bij jongens

Wat wordt er vergoed?
Mannelijke verzekerden tot 18 jaar komen éénmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de kosten van een besnijdenis zonder medische indicatie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De besnijdenis moet worden uitgevoerd door een (huis)arts of gecontracteerde instelling in Nederland.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Plus**	**AV-Top** **AV-GeZZin**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	75%, tot maximaal € 115,00	100%, tot maximaal € 150,00

9.3 Besnijdenis met medische indicatie bij mannen

Wat wordt er vergoed?

Mannelijke verzekerden komen éénmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de kosten van een besnijdenis met een medische indicatie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de besnijdenis moet worden uitgevoerd door een (huis)arts, besnijdeniskliniek of gecontracteerde instelling in Nederland;
- de (huis)arts die de besnijdenis uitvoert, moet op de rekening vermelden dat het om een medisch noodzakelijke ingreep gaat;
- de verwijzing moet met de rekening worden meegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
50%, tot maximaal € 230,00	75%, tot maximaal € 230,00	100%, tot maximaal € 230,00

9.4 Sterilisatie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van sterilisatie per verzekerde, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Sterilisatie bij mannen

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Plus**	**AV-Top** **AV-GeZZin**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	- 100%, tot maximaal €150,00, als de behandeling door een huisarts wordt uitgevoerd; - 75%, tot maximaal €150,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.	100%, tot maximaal € 150,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis of door de huisarts wordt uitgevoerd.

Sterilisatie bij vrouwen

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Plus**	**AV-Top** **AV-GeZZin**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	75%, tot maximaal € 350,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.	100%, tot maximaal € 700,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.

9.5 Korting op medisch specialistische zorg die niet is gedekt volgens de basisverzekering

Speciaal voor aanvullend verzekerden heeft Zorg en Zekerheid bij een aantal medisch specialistische centra (zelfstandige behandelcentra en ziekenhuizen) kortingen bedongen voor medisch specialistische zorg die niet is verzekerd volgens de basisverzekering.

Welke behandelingen komen in aanmerking voor de korting?

- refractiechirurgie: laserbehandeling en lensimplantaties;
- ooglidcorrecties;
- oorstandcorrecties;
- sterilisatie;
- buikwandcorrecties;
- borstvergroting;
- neuscorrecties.

Als u wilt weten om welke medisch specialistische centra het gaat en welke kortingsafspraken wij met deze centra hebben gemaakt, dan kunt u kijken op: **www.zorgenzekerheid.nl** of bellen naar ons Contact Center: (071) 5 825 **825**.

9.6 Bijdrage bij medisch specialistische zorg die niet is gedekt volgens de basisverzekering

Naast de korting onder 9.5 kunt u in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten bij oorstandcorrecties.

9.6.1 Oorstandcorrecties

Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten voor oorstandcorrecties bij verzekerden jonger dan 15 jaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Plus**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 500,00

Artikel 10 Paramedische behandelingen

10.1 Fysiotherapie

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut of instelling die fysiotherapie uitvoert of (in het geval van oedeemtherapie) door een gecontracteerd huidtherapeut;
- een chronische aandoening dient te worden vastgesteld door uw behandelend arts of medisch specialist;
- welke behandelingen worden aangemerkt als een chronische aandoening is omschreven in de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal aandoeningen in dit Besluit is sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode. Dit staat in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Uw behandelend arts, medisch specialist of fysiotherapeut kan u hierover informeren. U vindt ook nadere informatie op **www.zorgenzekerheid.nl** of u kunt bellen met ons Contact Center: (071) 5 825 **825**;
- per dag komt maximaal één zitting voor vergoeding in aanmerking tenzij voor meerdere zittingen op één dag medische noodzaak bestaat en deze zittingen verantwoord zijn gespreid, bij meerdere zittingen per dag dient hiervoor vooraf schriftelijk toestemming zijn gegeven;
- de DTF (Directe Toegang Fysiotherapie) is de intake, de screening en het onderzoek en deze tellen elk afzonderlijk als een zitting (ook al vinden deze plaats op 1 dag of één aaneengesloten tijdseenheid);
- groepsbehandelingen worden alleen vergoed indien de gecontracteerd fysiotherapeut hierover aanvullende afspraken heeft gemaakt met Zorg en Zekerheid. De behandelingen tellen mee voor de in artikel 10.1.1 aangegeven aantal behandelingen per aanvullende verzekering;
- het maximale aantal behandelingen dat is aangegeven per aanvullend pakket geldt voor de fysiotherapiebehandelingen die zijn omschreven onder 10.1.1 en 10.1.2 samen.

10.1.1 Fysiotherapie door een gecontracteerde fysiotherapeut

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie, voor zowel chronische als niet-chronische aandoeningen, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering, per verzekerde, per kalenderjaar. Hiertoe behoren ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, huid-/oedeemtherapie, psychosomatische, geriatrie fysiotherapie en groepstherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut met wie Zorg en Zekerheid een overeenkomst voor vergoeding van fysiotherapie vanuit de aanvullende verzekering heeft afgesloten. U vindt de gegevens van deze gecontracteerde fysiotherapeuten op **www.zorgenzekerheid.nl** of u kunt ze opvragen via ons Contact Center: (071) 5 825 **825** of bij één van onze verzekeringswinkels.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Maximaal 12 behandelingen	Maximaal 25 behandelingen	Alle behandelingen

10.1.2 Fysiotherapie door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie, voor chronische en niet chronische, aandoeningen voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering, per verzekerde, per kalenderjaar. Hiertoe behoren ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, huid-/oedeemtherapie, psychosomatische en geriatrie fysiotherapie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Maximaal 12 behandelingen	Maximaal 25 behandelingen	Alle behandelingen

Per fysiotherapeutische behandeling wordt maximaal € 22,00 vergoed. Als onderdeel van de genoemde aantallen gelden ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkentherapie, huid-/oedeemtherapie, psychosomatische en geriatrie fysiotherapie.

Manuele therapie

Als onderdeel van de in artikel 10.1.1 en 10.1.2 aangegeven aantallen behandelingen per aanvullend pakket worden zo nodig maximaal 9 behandelingen manuele therapie (zowel de behandelingen in de basisverzekering als de behandelingen in de aanvullende verzekering tellen mee voor deze 9) vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Manuele therapie van het Centraal Kwaliteitsregister.

Kinderfysiotherapie

De behandelingen kinderfysiotherapie worden vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling. Er is alleen sprake van kinderfysiotherapie bij specifieke aandoeningen, namelijk: longaandoeningen, reumatische aandoeningen, neurologische aandoeningen en een beperkt aantal orthopedische aandoeningen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Kinderfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister.

Huid-/Oedeemtherapie door een fysiotherapeut of gecontracteerde huidtherapeut

Als sprake is van aandoeningen aan het lymfatisch- of veneuze stelsel worden de behandelingen (lymfe-)oedeemtherapie vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is geregistreerd in het deelregister Oedeemtherapie van het Centraal Kwaliteitsregister of door een huidtherapeut die is gecontracteerd door Zorg en Zekerheid;
- voor behandeling door een huidtherapeut moet er een gerichte verwijzing van een behandelend arts zijn voor oedeemtherapie door een huidtherapeut.

Psychosomatische fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met psychisch disfunctioneren, kan er een behandelindicatie zijn voor psychosomatische fysiotherapie. Deze behandelingen worden vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is opgenomen in het deelregister Psychosomatische fysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten (KNGF);
- er dient sprake te zijn van matig tot zwaar gecompliceerde psychische herstelbelemmerende factoren, een en ander ter beoordeling van de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid, met inachtneming van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP);
- de verzekerde is 18 jaar of ouder.

Geriatrie fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met geriatrische problematiek, kan er een behandelindicatie zijn voor geriatrie fysiotherapie. Deze behandelingen worden vergoed tegen een tarief van maximaal € 33,00 per behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die is opgenomen in het deelregister geriatrie fysiotherapie in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- er dient sprake te zijn van aandoeningen die worden vastgesteld op basis van de criteriumlijst van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG).

10.2 Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van Oefentherapie Mensendieck/Oefentherapie Cesar, voor zowel chronische als niet-chronische indicaties, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering, per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut Mensendieck respectievelijk een oefentherapeut Cesar;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een therapeut met wie Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft gesloten;
- de therapie moet medisch noodzakelijk zijn;
- een chronische aandoening dient te worden vastgesteld door uw behandelend arts of medisch specialist;
- welke behandelingen worden aangemerkt als een chronische aandoening is omschreven in de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal aandoeningen in dit Besluit is sprake van vergoeding van het medisch noodzakelijke aantal behandelingen gedurende een bepaalde periode. Dit staat in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Uw behandelend arts, medisch specialist of oefentherapeut kan u hierover informeren. U vindt ook nadere informatie op **www.zorgenzekerheid.nl** of u kunt bellen met ons Contact Center: (071) 5 825 **825**;
- wij vergoeden de kosten volgens het met de therapeut afgesproken tarief en het aangegeven maximum aantal behandelingen per pakket geldt voor de behandelingen Mensendieck en Cesar samen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Maximaal 12 behandelingen	Maximaal 25 behandelingen	Alle behandelingen

10.3 Dieetadvisering en voedingsvoorlichting

Wat wordt er vergoed?
Voor verzekerden tot 18 jaar komen in aanmerking voor vergoeding: de kosten van dieetadvisering en/of voedingsvoorlichting door een diëtist per verzekerde, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	7 kwartier, maximaal € 14,75 per kwartier	8 kwartier, maximaal € 14,75 per kwartier	10 kwartier, maximaal € 14,75 per kwartier

10.4 Ergotherapie

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen per verzekerde, per kalenderjaar, de kosten van ergotherapeutische advisering, instructie, training of behandeling, in aansluiting op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De ergotherapie wordt gegeven door een ergotherapeut in een behandelruimte of op het huisadres van de verzekerde met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal 10 uur

10.5 Podologie/podo(posturale) therapie

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van behandelingen/consulten door een podoloog, podo-kinesioloog, podo-orthesioloog of podotherapeut, per verzekerde, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure	AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100%, tot maximaal €50,00	100%, tot maximaal €100,00	100%, tot maximaal €125,00

10.6 Stottertherapie

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor stottertherapie per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De behandeling moet worden gegeven volgens de methodes Del-Ferro, Boma, Hausdörfer of Dixhoorn.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Plus	AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-Plus	AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	50%, tot maximaal € 350,00	75%, tot maximaal € 350,00	100%, tot maximaal € 400,00

Artikel 11 Preventie

Aan welke algemene voorwaarden moet worden voldaan om voor vergoeding in aanmerking te komen?
- op de nota moet zijn aangegeven op welke data de onderzoeken, cursussen, voorlichting of het advies hebben plaatsgevonden en welke cursussen exact zijn gevolgd;
- de organisatie die de preventieve cursussen, de voorlichting of het advies organiseert, moet zijn goedgekeurd door Zorg en Zekerheid. Een lijst met goedgekeurde organisaties kunt u vinden op **www.zorgenzekerheid.nl**.

11.1 GeZZond Check

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van de GeZZond Check éénmaal per twee kalenderjaren.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De GeZZond Check moet worden uitgevoerd door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde organisatie of zorgverlener. Een lijst met goedgekeurde organisaties kunt u vinden op **www.zorgenzekerheid.nl**.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
100%, éénmaal per 2 kalenderjaren

11.2 Preventieve cursussen

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van één of meerdere preventieve cursussen per verzekerde, per kalenderjaar, mits uitgevoerd door een goedgekeurde organisatie.
Vergoeding is mogelijk voor de volgende cursussen:
- Afvallen bij overgewicht;
- Stoppen met roken;
- Leren omgaan met ....;
- Alcoholtraining;
- Zelfmanagement bij lymfe-oedeem;
- Zelfmanagement bij Diabetes;
- EHBO cursus of AED training;
- EHBO bij kinderen;
- ADHD trainingen (kosten voor deze cursus worden alleen vanuit de AV-GeZZin en AV-Totaal vergoed);
- Gordon opvoedcursus (kosten voor deze cursus worden alleen vanuit de AV-GeZZin en AV-Totaal vergoed).

Kijk voor een volledige lijst met adressen van instellingen, die cursussen geven die voorvergoeding in aanmerking komen en/of die een overeenkomst hebben, op **www.zorgenzekerheid.nl.**

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?
De vergoeding geldt voor één of meerdere gevolgde cursussen tezamen.

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
50%, tot maximaal € 115,00	75%, tot maximaal € 150,00	100%, tot maximaal € 175,00

11.3 Medisch verantwoord bewegen
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten per verzekerde, per kalenderjaar voor:
- medisch verantwoorde trainingsprogramma's;
- de cursus Meer Bewegen voor Ouderen (MBVO).

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de instelling dient in geval van medisch verantwoorde trainingsprogramma's vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid, een lijst vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl;**
- de cursus dient in groepsverband plaats te vinden;
- de cursus Meer Bewegen voor Ouderen (MBVO) dient verzorgd te worden door een lokale welzijnsorganisatie (zie hiervoor de begripsomschrijving bij Meer Bewegen voor Ouderen); De organisatie dient vooraf toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid, een lijst vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**;
- op de nota dient duidelijk te worden aangegeven om welke cursus het gaat.

Welke kosten worden niet vergoed?
Niet in aanmerking komen de kosten van programma's die zich richten op conditieverbetering of het algemeen welbevinden. Eén en ander ter beoordeling van de medisch adviseur.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75%, tot maximaal € 115,00	100%, tot maximaal € 115,00

11.4 Overgangsconsulent
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van de behandeling door een overgangsconsulent voor vrouwelijke verzekerden, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75%, tot maximaal € 115,00	100%, tot maximaal € 150,00

11.5 Sport Medisch Advies
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van consulten en/of keuringen per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De consulten en/of keuringen moeten worden uitgevoerd door een geregistreerd sportarts in sportgeneeskundig gespecialiseerde centra (Sport Medische Adviescentra, Sport Geneeskundige Afdelingen).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Sure	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 120,00	100%, tot maximaal € 100,00	100%, tot maximaal € 150,00

Artikel 12 Psychologische zorg

12.1 Eerstelijns psychologische zorg
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor eerstelijns psychologische zorg per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- er moet een verwijzing zijn van een behandelend arts;
- de eerstelijns psychologische behandeling moet worden uitgevoerd door een gecontracteerd eerstelijns psycholoog of een gecontracteerd arts die beschikt over een aantekening seksuoloog;
- de eerstelijns psychologische behandelingen dienen te volgen op de vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg vanuit de basisverzekering.

Welke kosten worden niet vergoed?
De kosten van de eigen bijdrage van de 5 zittingen eerstelijns psychologische zorg vanuit de basisverzekering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Sure AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	3 zittingen	7 zittingen

12.2 Overige psychologische hulp
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen kosten voor behandelingen door het Helen Dowling Instituut, een Simonton therapeut, Kanjertrainingen, behandelingen door therapeuten lid van de NVPIT, NVBT en NVAGT en de training Herstel en Balans per verzekerde, per kalenderjaar. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar die beschikken over een AV-GeZZin en AV-Totaal, kunnen de kosten van behandelingen voor integratieve kindertherapie voor vergoeding in aanmerking komen. Deze behandelingen dienen te worden uitgevoerd door een therapeut die voldoet aan de eisen van de Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT) of lid zijn van de VVvK of NVPMKT. Voor verzekerden die beschikken over een AV-GeZZin en AV-Totaal kunnen de kosten voor de Nanny training, remedial teaching en de behandeling van dyslexie voor vergoeding in aanmerking komen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de behandeling voor integratieve kindertherapie moet worden uitgevoerd door een therapeut die voldoet aan de voorwaarden zoals zijn gesteld door de VIT en dient multidisciplinair te zijn;
- de Nanny training, remedial teaching of de behandeling van dyslexie moet worden uitgevoerd door een orthopedagoog die lid is van de vereniging van orthopedagogen (NVO) of door een behandelaar die werkt conform de voorwaarden zoals bijvoorbeeld zijn gesteld door de Landelijke Bond van Remedial Teachers (LBRT).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Sure	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75%, tot maximaal € 200,00	75%, tot maximaal € 320,00	100%, tot maximaal € 500,00

12.3 Lichttherapie

Wat wordt er vergoed?
Eénmaal per kalenderjaar komen de kosten van het huren van een Bright Light (lichttherapie voor seizoensdepressie) voor een periode van maximaal 10 dagen of eenmalig gedurende de looptijd van de verzekering komen de kosten van aanschaf van een Bright Light voor vergoeding in aanmerking.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u een aankoop- of huurbewijs bij ons in te dienen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus, AV-Totaal
Voor een periode van maximaal 10 dagen tot een maximum van € 7,00 per dag of éénmalig de kosten voor de aanschaf tot een maximum van € 70,00

Artikel 13 Tandheelkundige hulp

Wat zijn de algemene voorwaarden voor vergoeding?
Kosten van een tandheelkundige behandeling worden alleen vergoed als deze volgens Zorg en Zekerheid doelmatig en gebruikelijk zijn en de behandeling niet onnodig kostbaar of ingewikkeld is. Zorg in de aanvullende verzekering is een aanvulling op de basisverzekering, daarom kan zorg uit de basisverzekering niet onder de aanvullende verzekering vallen. Voor vergoeding komen alleen de kosten in aanmerking die niet gedekt zijn door de zorgverzekering of op een andere wijze; zie ook Rubriek C, artikelen 8.f en 9. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of orthodontist, tenzij anders vermeld.

Preventie-, mondhygiëne- en tandvleesbehandelingen kunnen ook uitgevoerd en in rekening gebracht worden door een vrijgevestigde mondhygiënst. De prestatiecodes en bijbehorende vergoedingen voor deze behandelingen vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl**.

De bedragen zoals gemeld in de vergoedingentabellen zijn per verzekerde per kalenderjaar, tenzij anders vermeld.

Welke kosten worden niet vergoed?
- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet tijdig afgemelde afspraken;
- de kosten voor röntgendiagnostiek boven de € 30,00 per kalenderjaar;
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- maken en beoordelen van meer- dimensionale kaakfoto's;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 13.3;
- bleken van elementen (met uitzondering van inwendig bleken vanuit de AV-Totaal);
- bij orthodontie het gebruik van keramische brackets of keramische zelfligerende brackets;
- bij orthodontie het gebruik van een elektronische chip en bespreken van de gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur, inclusief de techniekkosten;
- bij orthodontie de vacuümgevormde hoesjes, b.v. Invisalign®;
- de kosten die bij u in rekening worden gebracht als u voor de volledige gebitsprothese naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat.

13.1.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden tot 18 jaar

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor tandheelkundige hulp.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75%, tot maximaal € 150,00	75%, tot maximaal € 460,00	85%, tot maximaal € 1.000,00

13.1.2 Orthodontie aan verzekerden tot 18 jaar waarvan de behandeling in 2011 is gestart

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor orthodontische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts. De vergoeding is éénmalig voor de hele behandelduur;
- verzekerde was in 2011 bij Zorg en Zekerheid aanvullend verzekerd voor tandheelkundige hulp;
- verzekerde heeft in 2012 dezelfde aanvullende verzekering als in 2011.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Top	AV-GeZZin	AV-Totaal
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 2.000,00	100%, tot maximaal € 2.300,00	100%

13.1.3 Orthodontie aan verzekerden tot 18 jaar waarvan de behandeling begint in 2012

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor orthodontische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts. De vergoeding is éénmalig voor de hele behandelduur.

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Top	AV-GeZZin	AV-Totaal
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 1.750,00	100%, tot maximaal € 2.000,00	100%

13.2 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

13.2.1 Controle, preventie, röntgendiagnostiek en mondhygiëne

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de volledige kosten voor tandheelkundige behandelingen met betrekking op controles, preventie en mondhygiëne indien de behandelingen uitgevoerd en gedeclareerd worden door een tandarts.
In aanmerking komen de volledige kosten voor de behandelingen met betrekking op preventie en mondhygiëne uitgevoerd en gedeclareerd door een vrijgevestigde mondhygiëniste.

Welke kosten worden niet vergoed?
De kosten voor röntgendiagnostiek boven de € 30,00 per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?
Het maximumbedrag per aanvullende verzekering geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 13.2.1 en 13.2.2 samen.

AV-Basis	**AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 150,00	100%, tot maximaal € 460,00	100%, tot maximaal € 1.000,00

13.2.2 Overige tandheelkundige behandelingen
Wat wordt er vergoed?
Naast de kosten genoemd onder artikel 13.2.1, kan per verzekerde, per kalenderjaar in aanmerking komen voor vergoeding de kosten van:
- benodigde tandheelkundige behandelingen, gedeclareerd door een tandarts;
- orthodontische behandeling, gedeclareerd door een orthodontist of tandarts;
- tandvlees behandelingen uitgevoerd en gedeclareerd door een vrijgevestigde mondhygiëniste;
- de eigen bijdrage in de kosten van de volledige gebitsprothese in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- de eigen bijdrage in de kosten van een volledige gebitsprothese op implantaten in boven en/of onderkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- gedeeltelijke prothetische voorziening in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis	**AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	75%, tot maximaal € 150,00	75%, tot maximaal € 460,00	85%, tot maximaal € 1.000,00

Het maximumbedrag geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 13.2.1 en 13.2.2 samen.

13.2.3 Delen
Wat wordt er vergoed?
Tweemaal de maximale vergoeding per type aanvullende verzekeringen zoals genoemd in artikel 13.2 per kalenderjaar indien u beiden beschikt over een AV-Delen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De uitkeringsvoorwaarden in artikel 13.2 blijven van kracht.

Wat wordt er niet vergoed?
- implantaten in een betande kaak;
- ongevaldekking.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Delen € 150,00 in combinatie met AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact	**AV-Delen € 460,00 in cominatie met AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus**	**AV-Delen € 1.000,00 in combinatie met de AV-Totaal**
Tot maximaal € 300,00 per 2 deelnemers	Tot maximaal € 920,00 per 2 deelnemers	Tot maximaal € 2.000,00 per 2 deelnemers

13.3 Implantaten in een betande kaak
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor het plaatsen van een implantaat in een kaak met gebitselementen, inclusief de implantaat kosten.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De behandeling dient te worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-GeZZin**	**AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 750,00 door een tandarts of 100% tot maximaal € 500,00 door een kaakchirurg

13.4 Ongevalsdekking tandheelkunde
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van tandheelkundige hulp die nodig is ten gevolge van een ongeval. De behandeling gericht op het letsel moet doelmatig en gebruikelijk zijn en de behandeling mag niet onnodig kostbaar of ingewikkeld zijn.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het tandheelkundig letsel is ontstaan door een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering;
- het ongeval dient binnen 30 dagen bij Zorg en Zekerheid te worden gemeld;
- de kosten zijn een direct gevolg van het ongeval;
- de zorgverlener moet een behandelplan met begroting opstellen waaruit blijkt dat de behandeling in relatie staat met het letsel dat door het ongeval ontstaan is;
- de behandeling vindt plaats door een daartoe bevoegde zorgverlener.

Welke kosten worden niet vergoed?
- de kosten voor ongevalgerelateerde tandheelkundige hulp vanaf twee jaar na het ongeval;
- de kosten voor ongevalgerelateerde tandheelkundige hulp die ontstaan zijn ten gevolge van een ongeval in het buitenland. Meer informatie over tandheelkundige hulp in het buitenland kunt u vinden in artikel 3.3.2 in deze polisvoorwaarden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis	**AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 1.500,00 per gebeurtenis	100%, tot maximaal € 2.000,00 per gebeurtenis

Artikel 14 Overige

14.1 Bezoekkosten opgenomen gezinslid
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen per verzekerde, per kalenderjaar de kosten van vervoer van de verzekerde van het woonadres naar de instelling en terug, bij opname van een gezinslid in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland, of het astmacentrum in Davos.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het opgenomen gezinslid moet ook aanvullend zijn verzekerd bij Zorg en Zekerheid;
- bij de declaratie moet worden vermeld:
  - de naam van de opgenomen en van de bezoekende verzekerde;
  - de naam van het ziekenhuis;
  - de periode waarin de bezochte verzekerde opgenomen is geweest.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure	**AV-Basis** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 250,00	100%, tot maximaal € 300,00

Wat moet ik nog meer weten?
- de vergoeding wordt berekend op basis van de kortst gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de 'optimale route' volgens de routeplanner, Routenet (www.routenet.nl);
- als u reist met eigen vervoer dan geldt een vergoeding van € 0,30 per kilometer. De enkele reisafstand wordt verminderd met 20 kilometer (40 kilometer retour), waarvan de kosten voor eigen rekening blijven;
- als u gebruik maakt van de (rolstoel)taxi of van het openbaar vervoer dan wordt de vergoeding verleend op basis van de kosten in de laagste klasse;
- de vergoeding kan voor maximaal één bezoek per dag worden toegekend.

14.2 Contributie patiëntenvereniging

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging per verzekerde per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
Het moet een patiëntenvereniging zijn voor verzekerden met een chronische aandoening.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure	**AV-Basis** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 20,00

14.3 Vergoeding Eigen Bijdrage zittend ziekenvervoer

Wat wordt er vergoed?
Als u volgens de basisverzekering recht hebt op zittend ziekenvervoer, dan bent u een eigen bijdrage van maximaal € 93,00 per kalenderjaar verschuldigd. Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten van uw eigen bijdrage, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 93,00

14.4 Vergoeding Eigen Bijdrage AWBZ/WMO

Wat wordt er vergoed?
Als u gebruik maakt van zorg in het kader van de AWBZ of WMO, dan kunt u te maken krijgen met een eigen bijdrage. Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten van de eigen bijdrage, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- u heeft een indicatie voor thuiszorg;
- de nota dient van het CAK te komen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-GeZZin**	**AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 200,00

14.5 Lidmaatschap thuiszorgorganisaties

Wat wordt er vergoed?
De contributie voor een thuiszorgorganisatie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De thuiszorgorganisatie moet verbonden zijn aan een erkende ledenservice organisatie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-Plus**	**AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 17,50

14.6 Lidmaatschap sportvereniging

Wat wordt er vergoed?
De contributie van een sportvereniging of gecontracteerde instelling per (gratis) meeverzekerd kind jonger dan 18 jaar, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De sportvereniging of instelling dient lid te zijn van een bond die aangesloten is bij het NOC*NSF of een contract te hebben met Zorg en Zekerheid.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-Plus**	**AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100%, tot maximaal € 50,00

Wat moet ik nog meer weten?
Sportverenigingen werken voor hun contributie met seizoenen en niet met kalenderjaren. Dit betekent in de praktijk dat een declaratie voor de contributie voor 2011-2012 ten laste komt van kalenderjaar 2011.

Rubriek C Verzekeringsvoorwaarden van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

1 Algemeen

Regelingen met betrekking tot de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde onderwerpen welke door Zorg en Zekerheid afzonderlijk worden voorgesteld, worden geacht van deze verzekeringsvoorwaarden deel uit te maken nadat deze aan de verzekerden zijn medegedeeld.

2 Aanmelding

2.1 Aanvraag

De aanvraag voor de verzekering dient schriftelijk of online, op een door het Bestuur vast te stellen wijze, te geschieden. De aanvrager verleent alle medewerking aan Zorg en Zekerheid bij het verkrijgen van inlichtingen of bij onderzoeken die Zorg en Zekerheid noodzakelijk acht voor de beoordeling van de aanvraag.

2.2 Voorwaarden inschrijving

1. Als verzekerden voor de aanvullende verzekering AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-Top, AV-Totaal, AV-Delen € 150,00, AV-Delen € 460,00 en AV-Delen € 1.000,00 kunnen worden ingeschreven;
   a) Personen woonachtig in Nederland of een ander EUR/EER-land die als verzekerde zijn ingeschreven bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a., gevestigd te Leiden;
   b) Verzekerden woonachtig in Nederland die beschikken over een zorgverzekering bij een zorgverzekeraar voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert;
   c) Degenen die daartoe bij besluit van het bestuur van Zorg en Zekerheid zijn toegelaten.
2. Als verzekerden voor de aanvullende verzekering AV-GeZZin Compact en AV-GeZZin kunnen alleen worden ingeschreven personen die voldoen aan één van de voorwaarden als bedoeld in het eerste lid onder a, b of c en waarbij de aanvullende verzekering AV-GeZZin Compact en AV-GeZZin worden afgesloten voor minimaal één ouder en één thuiswonend kind. Ook verzekerden die zwanger zijn, kunnen (met hun partner) tot de AV- GeZZin Compact en AV-GeZZin toetreden.
3. Als verzekerden voor de aanvullende verzekering AV-Plus, kunnen alleen worden ingeschreven personen van 18 jaar en ouder die voldoen aan één van de voorwaarden als bedoeld in het eerste lid onder a, b of c.
4. Bij AV-Delen gelden de navolgende voorwaarden:
4. a) Als verzekerden voor de AV-Delen komen alleen diegenen in aanmerking die beiden verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid op basis van een AV-Sure, AV-Standaard, AV-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus of AV-Totaal maar niet voor een AV-Basis. Beiden moeten wel hetzelfde AV-Pakket hebben;
   b) De AV-Delen kan alleen worden afgesloten door twee betalende verzekerden die op één polis staan ingeschreven en die dezelfde aanvullende verzekering hebben. Staan er meer dan twee betalende verzekerden op één polis ingeschreven dan kunnen alleen de oudste twee betalende verzekerden een AV-Delen afsluiten;
   c) De AV-Delen heeft allleen betrekking op tandheelkundige hulp zoals vermeld in artikel 13.2 van de polisvoorwaarden.

2.3 Weigering van aanvraag

Zorg en Zekerheid kan de aanvraag weigeren indien er eerder sprake is geweest van een verzekering die is beëindigd omdat de verschuldigde premie niet is voldaan. Tevens kan Zorg en Zekerheid de aanvraag weigeren indien de verzekering eerder is beëindigd in verband met hetgeen is bepaald in 3.3.b bij het eerste streepje onder 1, 2 en 3.

2.4 Aanvaarding van de aanvullende verzekering

Door aanvaarding van de aanvullende verzekering neemt de verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat deze in voor de juistheid en volledigheid van de aan Zorg en Zekerheid verstrekte mededelingen.

2.5 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 gegevens op het aanvraagformulier of gegevens die op andere (schriftelijke) wijze aan Zorg en Zekerheid zijn verstrekt onvolledig of in strijd met de waarheid zijn. Dit geldt tevens indien omstandigheden verzwegen worden welke van dienaard zijn dat de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten wanneer 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 de toepasselijke bepalingen in Titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van verzwijging onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

2.6 Persoonsregistratie

a. De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing;
b. Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgverleners of zorginstellingen omtrent uw verzekeringsstatus. Zorg en Zekerheid behoudt zich in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken, met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Indien u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid;
c. In het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert Zorg en Zekerheid, conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen, een Incidentenregister en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting CIS in Den Haag.

3. Aanvang en beëindiging van de verzekering

3.1 Ingang verzekering

a. De verzekering gaat in op de eerste van de maand volgend op die waarin het verzoek tot aanvraag voor de verzekering bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen, dit geldt voor inschrijvingen voor kinderen, wijzigingen bij verzekerden die 18 jaar worden en verzekerden die uit een collectiviteit komen;
b. Pasgeborenen worden ingeschreven op de geboortedatum;
c. Indien Zorg en Zekerheid voor het afhandelen van de aanvraag voor de verzekering nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de eerste van de maand volgend op die waarin de benodigde informatie bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen;
d. Indien u geen aanvullende verzekering heeft en/of naar een hogere of lagere aanvullende verzekering wenst te gaan (m.u.v. het genoemde onder 3.1.a) gaat de verzekering niet eerder in dan per 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar.

3.2 Termijn

a. De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. U (verzekeringsnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar.
   Het opzeggen kan plaatsvinden:
   - door uzelf (verzekeringsnemer). U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk opzeggen;
   - door gebruik te maken van de opzegservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
b. Indien de verzekering ingaat op een andere datum dan 1 januari, wordt de verzekering afgesloten voor de resterende duur van het lopende kalenderjaar;

3.3 Beëindiging

a. De verzekering eindigt:
   - na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer vóór 1 januari enig jaar schriftelijk en aangetekend heeft opgezegd;
   - op het tijdstip waarop de verzekerde niet langer zijn vaste woonplaats heeft in Nederland of een ander EUR/EER-land;
   - bij overlijden van verzekeringnemer of verzekerde;
   - bij opzegging door de verzekerde wegens wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, verzekeringspakket en/of de premie, zoals bedoeld in 7.1 en wel op de wijze als in 7.3 is bepaald;
   - in het geval dat er sprake is van een AV-GeZZin Compact of AV-GeZZin: per 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving als bedoeld in artikel 2.2 lid 2.

b. De verzekering kan door Zorg en Zekerheid worden beëindigd:
   - door middel van schriftelijke opzegging en met ingang van een door Zorg en Zekerheid te bepalen tijdstip in geval van:
     1. Onjuiste opgave of verzwijging als bedoeld in 2.5;
     2. Niet tijdige betaling als bedoeld in 6.1.g onder 1;
     3. (Poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/ of andere ernstige misdragingen door de verzekeringnemer/ verzekerde;
   - indien niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving als bedoeld in 2.2;
   - door opzegging van dan wel ontzetting uit het lidmaatschap door het Bestuur van Zorg en Zekerheid en wel op de dag dat het lidmaatschap deswege eindigt.

3.4 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

a. Iedere aanspraak op vergoedingen en/of verstrekkingen vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde wordt gefraudeerd dan welenige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
b. Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;
c. Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a., de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
d. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
e. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer registreren in het Extern Verwijzingsregister en wordt aangifte gedaan bij de politie.

4 Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde

4.1 Verplichtingen

a. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid worden meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
   - adreswijziging;
   - huwelijk, aangaan van een samenlevingsverband;
   - geboorte en overlijden;
   - aanvang detentie en einde detentie;
   - wijziging bankrekeningnummer;
   - scheiding.
b. De verzekeringnemer/verzekerde moet erop toezien dat op het polisblad de noodzakelijke wijzigingen zijn aangebracht;
c. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking;
d. Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;

e. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen voor 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Alleen originele nota's, of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener, worden in behandeling genomen;
f. Alle gevolgen voortvloeiend uit het niet of niet tijdig nakomen van de genoemde verplichtingen zijn voor risico van de verzekeringnemer/verzekerde;
g. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht zich te onthouden van handelingen waar door 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. Wanneer er reeds tot vergoeding is overgegaan kan Zorg en Zekerheid deze vergoedingen terug vorderen. Kennisgevingen van Zorg en Zekerheid aan de verzekeringnemer, gericht aan diens laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt;
h. Uw rechtsvordering, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd;
i. Als Zorg en Zekerheid uw verzoek om vergoeding van zorgkosten geheel of gedeeltelijk afwijst, zal Zorg en Zekerheid u hiervan schriftelijk op de hoogte brengen. In geval van afwijzing verjaart uw rechtsvordering op Zorg en Zekerheid door verloop van zes maanden na dagtekening van de schriftelijke afwijzing;
j. Om te voorkomen dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart, moet u Zorg en Zekerheid binnen de verjaringstermijn schriftelijk mededelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsvordering tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart;
k. In geval van detentie wordt de dekking van de aanvullende verzekering voor de desbetreffende verzekerde opgeschort voor de duur van de periode van detentie, tenzij u ons meedeelt dat dit niet gewenst is. In geval van de hier bedoelde opschorting bent u geen premie verschuldigd. Ook wordt géén dekking verleend voor kosten gemaakt tijdens deze periode van opschorting.

4.2 Vrije keuze

De verzekerde is vrij in de keuze van zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie, tenzij anders bepaald in de voorwaarden.

5 Dekking

5.1 Dekking gedurende de looptijd

a. Er bestaat uitsluitend recht op verstrekkingen c.q. vergoeding van kosten die zijn gemaakt gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst. De datum van de behandeling of levering zijn bepalend voor de vaststelling van het recht op vergoeding. Eén en ander met inachtneming van hetgeen is bepaald in de artikelen 2.5, 6.1.g onder 1;
b. De dekking is beperkt tot de bedragen of aantallen zoals aangegeven in de polisvoorwaarden;
c. De inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van verstrekking en/of vergoedingen worden door het Bestuur vastgesteld, gehoord de Ledenraad. De verstrekkingen en/of vergoedingen worden via de polisvoorwaarden bekend gemaakt aan de verzekeringnemer/ verzekerde op een door het Bestuur te bepalen wijze.

5.2 Pakketkeuze

a. De verzekeringnemer/verzekerde kan kiezen voor verschillende aanvullende verzekeringen. Het is niet mogelijk om gelijktijdig voor meer dan één pakket te zijn verzekerd, behalve bij AV-Delen;
b. Kinderen volgen het meest uitgebreide pakket van de ouder(s) waarbij ze op de polis staan indien en zover deze beschikken over een verzekering van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid Zorgverzekeraar u.a.;
c. Met inachtneming van hetgeen is bepaald onder b, en gelet op de leeftijdsgrens uit artikel 2.2 lid 3, worden kinderen waarvan beide ouders over een aanvullende verzekering AV-Plus beschikken, verzekerd conform de AV-Top;
d. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een beperktere dekking dan moet de verzekeringnemer/verzekerde dit voor 1 januari van enig jaar schriftelijk aan Zorg en Zekerheid kenbaar maken. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend;
e. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een uitgebreidere dekking moet de verzekeringnemer/verzekerde dit voor 1 januari kenbaar maken aan Zorg en Zekerheid. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend;

g. Kinderen jonger dan 18 jaar die alleen op een polis staan, waarvan de ouders niet bij Zorg en Zekerheid verzekerd (kunnen) zijn, betalen geen premie en worden verzekerd in de AV-Sure.

6 Premie

6.1 Premiebetaling

a. Premie is verschuldigd voor elke verzekerde. Het bedrag wordt vastgesteld door het Bestuur, gehoord de Ledenraad;
b. Verzekerden jonger dan 18 jaar zijn geen premie verschuldigd indien één van de ouders ook een aanvullende verzekering heeft afgesloten bij Zorg en Zekerheid. Indien geen van de ouders een aanvullende verzekering heeft afgesloten dan is de verzekerde jonger dan 18 jaar premieplichtig conform artikel 6.1 onder a;
c. De premie is, per door het Bestuur te bepalen tijdvak, bij vooruitbetaling verschuldigd en moet op een door het Bestuur te bepalen wijze worden betaald;
d. Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan de premie te verrekenen met de door Zorg en Zekerheid te verlenen uitkeringen;
e. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht tot tijdige premiebetaling en kan zich, onder meer bij ingebrekestelling wegens het niet betalen van de premie op de vervaldag, nimmer beroepen op het feit dat de premie niet tijdig is geïnd;
f. De verplichting tot premiebetaling gaat in op de ingangsdatum en eindigt op de datum van beëindiging van de verzekering. Bij ingang of beëindiging van de verzekering op een andere dag dan de eerste dag van de maand, wordt de premie berekend alsof de verzekering was ingegaan of beëindigd op de eerste dag van de maand volgend op de dag van ingang of einde van de verzekering;
g. 1. Als de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten kan Zorg en Zekerheid de dekking schorsen en/of de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos schriftelijk is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van ten minste 14 dagen.
   2. Ingeval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. De verzekeringnemer blijft bij schorsing verplicht de premie te voldoen. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op de dag waarop het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten door Zorg en Zekerheid zijn ontvangen.
   3. Ingeval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De verzekering gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
   4. Als een verzekeringnemer al is aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft Zorg en Zekerheid bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
h. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die de premie is verschuldigd. De buitengerechtelijke kosten worden gesteld op ten minste een bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd in gebreke is.

6.2 Premiehoogte AV-Sure

a. Met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 6.1 onder a wordt voor de AV-Sure een premie voor verzekerden van 18 tot 22 jaar en een premie voor verzekerden vanaf 22 jaar vastgesteld;
b. De premie voor de AV-Sure voor verzekerden van 22 jaar en ouder wordt verschuldigd per eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 22 jaar heeft bereikt.

6.3 Assurantiebelasting

Als Zorg en Zekerheid voor verzekerden in het buitenland over de verzekeringspremies belasting moet afdragen, dan zal Zorg en Zekerheid deze bij u in rekening brengen. U bent verplicht deze belastingen binnen de door zorg en Zekerheid gesteld termijnen te voldoen. Als u niet tijdig geheel voldoet aan de verplichting tot betaling, zal dit leiden tot schorsing van de dekking en beëindiging van de aanvullende verzekering zoals bepaald in artikel 6.1 lid g lid 1 van deze polisvoorwaarden.

7 Wijziging van de premie en/of voorwaarden

7.1 Wijziging

Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of premie van de bij Zorg en Zekerheid lopende verzekering en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. De wijzigingen worden op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum doorgevoerd. Zorg en Zekerheid maakt, eventueel op premienota's, de wijzigingen bekend.

7.2 Kennisgeving wijziging

Zorg en Zekerheid zal, voor de datum van ingang van de wijziging van de voorwaarden en/of premie, deze wijzigingen bekend maken aan verzekeringnemer/verzekerde tenzij het wijzigingen van ondergeschikte aard betreft die een vermeerdering van de rechten van de verzekerde inhouden.

7.3 Recht van opzegging

De verzekeringnemer/verzekerde die zich met de gewijzigde voorwaarden en/of premie niet kan verenigen, kan door opzegging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging van de verzekering binnen 30 dagen nadat de wijziging door Zorg en Zekerheid bekend is gemaakt schriftelijk en aangetekend bij Zorg en Zekerheid indienen. Zorg en Zekerheid beëindigt de verzekering met ingang van de datum van de wijziging met restitutie van de reeds voldane premie.

7.4 Voortzetting verzekering

Heeft Zorg en Zekerheid voor de 31ste dag na de bekendmaking van de wijziging geen schriftelijk verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7.5 Geen recht van opzegging

De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:
a. Bij een herziening van de voorwaarden en/of premie, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de Zorgverzekeringswet of AWBZ aanspraak bestaat;
b. Bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking;
c. Voor de AV-Sure: bij het bereiken van de leeftijdsgrens van 22 jaar als bedoeld in artikel 6.2.

7.6 Bereiken van een leeftijdsgrens AV-Sure, AV-GeZZinCompact of AV-GeZZin

a. Zorg en Zekerheid informeert de verzekeringnemer/verzekerde die beschikt over een AV-Sure tenminste vier weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 22 jaar bereikt over de leeftijdsgebonden premie-wijziging;
b. Zorg en Zekerheid benadert de verzekeringnemer/verzekerde die niet meer voldoet aan de voorwaarde voor de AV-GeZZin Compact of AV-GeZZin (zie Rubriek C, artikel 2.2 lid 3) en die beschikt over genoemde verzekeringen tenminste vier weken voor het eind van het kalenderjaar waarin het jongste meeverzekerde kind de leeftijd van 18 jaar bereikt en er niet meer thuiswonende kinderen zijn met de genoemde verzekeringen, met de vraag voor welke aanvullende verzekering wordt gekozen in voortzetting op de genoemde verzekeringen. Wanneer de verzekeringnemer/verzekerde niet schriftelijk binnen de in de mededeling genoemde termijn zijn keuze voor de opvolgende Aanvullende verzekering bekend maakt, wordt de aanvullende verzekering per 1 januari van het volgende kalenderjaar voortgezet op basis van de AV-Plus.

8 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten:
a. Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met opzet of grove schuld van de verzekerde of als zij het gevolg zijn van of verband houden met enig misdrijf waaraan de verzekerde opzettelijk heeft deelgenomen;
b. Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlogen, onlusten in binnen- en/of buitenland, oproer, opstand, rellen en opstoten, muiterij;
c. Indien deze een gevolg zijn van of verband houden met terrorisme voor zover niet anders is bepaald in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekerings-

maatschappij voor Terrorismeschaden NV. Het clausuleblad is op 6 januari 2005 gedeponeerd bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen op www.terrorismeverzekerd.nl en **www.zorgenzekerheid.nl**. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met ons Contact Center via het telefoonnummer (071) 5 825 **825** of een bezoek brengen aan één van onze winkels;

d. 1. Indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
   2. De uitsluiting in 8.d onder 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 hetgeen is bepaald in 8.d onder 2 geen toepassing;

e. Indien en voor zover u daarop aanspraken heeft ingevolge de Zorgverzekeringswet polisvoorwaarden van uw zorgverzekering of de AWBZ;

f. Indien de kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in Rubriek B 3.

9 Dubbele dekking

a. U kunt geen aanspraak maken op vergoeding of verstrekkingen indien de kosten zijn ontstaan door ziekten en/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;

b. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder de in lid a genoemde verzekeringen en regelingen is verleend of zou zijn verleend, indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan.

10 Geschillen

Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing. Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met betrekking tot de uitvoering van deze verzekering kunt u schriftelijk, binnen 12 weken nadat de beslissing aan u is meegedeeld, een klacht indienen bij:

Zorg en Zekerheid
t.a.v. de Klachtencommissie
Antwoordnummer 12030
2300 VC LEIDEN

Indien u het niet eens bent met de beslissing die Zorg en Zekerheid heeft genomen over uw klacht of u heeft binnen 1 maand na het indienen van de klacht geen reactie ontvangen, heeft u de mogelijkheid zich te wenden tot:

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
t.a.v. de Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 291
3700 AV ZEIST

11 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur. Aldus door de Ledenraad vastgesteld op 26 oktober 2011 met ingang van 1 januari 2012.

Rubriek D
Waar kunt u terecht voor informatie?

Heeft u vragen dan kunt u de medewerkers van ons Contact Center bellen. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer: (071) 5 825 **825**. Of u kunt een bezoek brengen aan één van onze winkels. Ook op **www.zorgenzekerheid.nl** vindt u veel informatie.

MijnZZ

Verzekerden van Zorg en Zekerheid hebben toegang tot mijnZZ. Via mijnZZ is het mogelijk ingediende declaraties, eigen risico, persoonlijke gegevens en polisgegevens te raadplegen. Bovendien kunt u via mijnZZ een aantal gegevens online wijzigen. Via **www.zorgenzekerheid.nl** maakt u gemakkelijk een mijnZZ account aan met een eigen gebruikersnaam en wachtwoord.

Hoe krijg ik mijn nota vergoed?

- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen kosten op basis van de originele nota's (dus geen pinbonnen en/of kassabonnen), of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener;
- schrijf uw Burger Service Nummer op de originele nota en maak een kopie voor uw eigen administratie;
- stuur de originele nota's in een ongefrankeerde envelop aan:

Zorg en Zekerheid
t.a.v. de Afdeling Declaraties
Antwoordnummer 12030
2300 VC LEIDEN

- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het kalenderjaar volgend op het derde jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming te vragen; welke dat zijn kunt u terugvinden in dit boekje onder rubriek B Omvang dekking.

Hoe krijg ik mijn buitenland nota vergoed?

Bij de declaratie van in het buitenland gemaakte kosten moet u naast de originele nota ook een declaratieformulier indienen. Dit formulier is te downloaden via **www.zorgenzekerheid.nl** of verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid. De originele nota kunt u samen met het declaratieformulier gratis opsturen naar:

Zorg en Zekerheid
t.a.v. de Afdeling declaraties Buitenland
Antwoordnummer 12030
2300 VC LEIDEN

Eén bankrekeningnummer

Bij declaraties is het niet nodig uw rekeningnummer te vermelden. Zorg en Zekerheid gebruikt voor het uitbetalen van uw declaraties hetzelfde rekeningnummer als voor de incasso of betaling van de premies. Dit rekeningnummer staat vermeld op uw polisblad.