

Zorg Vrij Polis

Polisvoorwaarden 2027 Basisverzekering en Aanvullende verzekeringen

Zorg en Zekerheid
Beter in jouw buurt

Inhoudsopgave

Begripsomschrijvingen 4

Rubriek A Algemene voorwaarden basisverzekering 13

Artikel 1 Algemene bepalingen 13
Artikel 2 Begin, looptijd en einde van de zorgverzekering 16
Artikel 3 Premie en eigen risico 18
Artikel 4 Overige bepalingen 22

Rubriek B Omvang dekking basisverzekering 25

Artikel 5 Huisartsenzorg 25
Artikel 6 Medisch-specialistische zorg (excl. geestelijke gezondheidszorg) 26
Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg 29
Artikel 8 Revalidatie 31
Artikel 9 Orgaantransplantaties 32
Artikel 10 Dialyse 33
Artikel 11 Mechanische beademing 33
Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen 34
Artikel 13 Trombosedienst 34
Artikel 14 Erfelijkheidsadvies 34
Artikel 15 Audiologische zorg 35
Artikel 16 Vruchtbaarheid gerelateerde zorg 35
Artikel 17 Paramedische zorg 36
Artikel 18 Mondzorg 41
Artikel 19 Farmaceutische zorg 45
Artikel 20 Hulpmiddelen 49
Artikel 21 Ziekenvervoer 49
Artikel 22 Buitenland 52
Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg 52
Artikel 24 Ketenzorg 55
Artikel 25 Stoppen met roken 57
Artikel 26 Zintuiglijk gehandicaptenzorg 57
Artikel 27 Verpleging en verzorging 58
Artikel 28 Gecombineerde leefstijlinterventie 59
Artikel 29 Second opinion 61

Rubriek C Informatie basisverzekering 62

Rubriek A Omvang dekking aanvullende verzekering 63

Artikel 1 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen 63
Artikel 2 Oogzorg 64
Artikel 3 Buitenland 65
Artikel 4 Farmaceutische hulp 69

Artikel 5 Geboortezorg . . . 70
Artikel 6 Herstel en verblijf . . . 73
Artikel 7 Huidtherapie . . . 76
Artikel 8 Hulpmiddelen . . . 79
Artikel 9 Medisch-specialistische hulp . . . 81
Artikel 10 Paramedische behandelingen . . . 83
Artikel 11 Preventie . . . 88
Artikel 12 Psychologische zorg . . . 90
Artikel 13 Tandheelkundige hulp . . . 91
Artikel 14 Overige . . . 95

Rubriek B Voorwaarden aanvullende verzekering . . . 99
Artikel 1 Algemene bepalingen . . . 99
Artikel 2 Aanvraag, aanvang en beëindiging van uw aanvullende verzekering . . . 100
Artikel 3 Premie . . . 101
Artikel 4 Wijziging premie en voorwaarden . . . 102
Artikel 5 Overige bepalingen . . . 103

Rubriek C Informatie aanvullende verzekering . . . 106

Begripsomschrijvingen

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

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

Bedrijfsarts
Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) 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.

Centrale zorgverlener
Een bevoegde professional die het kind en het gezin/systeem begeleidt door middel van coördinatie van de juiste ondersteuning met als doel het versterken van zelfmanagement van het kind/gezin.

Centrum 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 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 toetreding zorgaanbieders (Wtza) gestelde regels is toegelaten.

Collectiviteit
Een groep van personen, wiens belangen worden behartigd door een werkgever of een rechtspersoon, en waarvoor een collectiviteitsovereenkomst tussen Zorg en Zekerheid en die werkgever of rechtspersoon van kracht is.

Dagbehandeling
Behandeling in een instelling met opname en ontslag op dezelfde dag.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)
Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. 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 of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg.

Dienstenstructuur
Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist
Een diëtist die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

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’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekenland), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië 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 bloedvoorziening van toepassing is.

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 verstaan 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 fysieke 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 een (zorg-)verzekering laat verlenen op basis van een tussen Zorg en Zekerheid en de zorgaanbieder gesloten overeenkomst.

Geriatrie fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als geriatrie fysiotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het individueel register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Geriatrie 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 als geriatrie oefentherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Gespecialiseerde pedicure

Een reguliere pedicure, die in het bezit is van een branche- of mbo-diploma niveau 3, aangevuld met een aantekening voor ‘voetverzorging bij diabetici’ en/of ‘voetverzorging bij reumapatiënten’. Deze pedicure dient met de specialisatie geregistreerd te staan in het KRP of RPV. Tevens dient de pedicure met een AGB-code geregistreerd te staan in het Vektis AGB-register.

Gezin

Twee gehuwden dan wel twee ongehuwden met 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.

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

GeZZondCheck
Met de GeZZondCheck wordt uw gezondheid gemeten. Op basis van de resultaten krijgt u een persoonlijk advies over uw gezondheid en leefpatroon.

GVS-eigen bijdrage
Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is een onderdeel in de aansprakenregelingen van de Zorgverzekeringswet. Geneesmiddelen die in het GVS staan geregistreerd worden vanuit de basisverzekering door de zorgverzekeraars vergoed. Voor sommige geneesmiddelen betaalt de verzekerde een eigen bijdrage.

GGD-arts
Een arts die in opdracht van de gemeentelijke gezondheidsdienst werkzaam is op terreinen zoals de volksgezondheid, forensische geneeskunde en de geneeskundige hulpverlening bij rampen e.d.

GGZ-instellingen
Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig zijn toegelaten conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

Handergotherapeut
Een ergotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en die als handergotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

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
Een huidtherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut’, dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

Huisarts
Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Hulpmiddelen
De hulpmiddelen conform de zorgverzekering.

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 embryo(’s) in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Jeugdarts

Arts die als jeugdarts KNMG is ingeschreven in het door het College Geneeskundige Specialismen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst ingestelde profielregister jeugdgezondheidszorg.

Kaakchirurg

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

Kind

Ongehuwd eigen, adoptief- of pleegkind tot 18 jaar.

Kinderergotherapeut

Een ergotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en die als kinderergotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als kinderfysiotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het individueel register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

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 als kinderoefentherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Kraambureau of 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.

Kraampakket

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

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.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een laboratorium, dat conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) als zodanig is toegelaten.

Lactatiekundige

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

Leefstijlcoach

De leefstijlcoach is een professional die mensen begeleidt bij het nemen van de regie over hun gezondheid en welzijn. De leefstijlcoach gaat hierbij expliciet uit van de definitie van positieve gezondheid. Doel is dat mensen een leven kunnen leiden waar ze zich goed bij voelen, met alle mogelijkheden en beperkingen die ze hebben. De leefstijlcoach is geregistreerd als leefstijlcoach in het register van de Beroepsvereniging voor Leefstijlcoaches Nederland of het betreffende register binnen de registratie voor paramedici.

Lichamelijke functiestoornissen

Van een lichamelijke functiestoornis is sprake bij bijvoorbeeld een bewegingsbeperking, gezichtsveldbeperking of doorgankelijkheid. Psychische en sociale functiestoornissen ten gevolge van een lichamelijke afwijking vormen geen indicatie voor vergoeding.

Logopedist

Een logopedist die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Manueel geneeskundige

Een manueel geneeskundige 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 als manueel therapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het individueel register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Mantelzorg

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

Mantelzorger

Een persoon die onbetaald acht uur of meer per week zorgt voor een familielid, vriend(in) of goede kennis.

Marktconform bedrag/tarief

Voor zover het door de verlener van zorg in rekening gebrachte bedrag, in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag, niet onredelijk hoog is.

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. Eén en ander ter beoordeling door de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid.

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 Buitenland van de aanvullende verzekering.

Medisch pedicure

Een medisch pedicure, dat in het bezit is van een branche- of mbo-diploma niveau 4 en daarmee bevoegd is om risico-voeten te behandelen, zoals reumatisch en diabetische voeten. Deze medisch pedicure dient als zodanig te zijn opgenomen in het KRP, het KMV of RPV. Tevens staat de medisch pedicure met een AGB-code geregistreerd in het Vektis AGB-register.

Medisch specialist

Een arts, die als medisch specialist is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Mondhygiënist

Een 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 als oedeemtherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het individueel register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

Opname
Opname in instelling voor minimaal één nacht, indien en zolang op medische gronden de verzekerde zorg uitsluitend in een instelling kan worden geboden.

Optometrist
Paramedicus die, al dan niet onder supervisie van een oogarts, controles, metingen en verschillende aanvullende onderzoeken doet aan de ogen.

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

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

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

Orthoptist
Paramedicus die stoornissen diagnosticeert en behandelt in de samenwerking en ontwikkeling van de ogen.

Overgangsconsulent(e)
Een overgangsconsulent(e) 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.

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.

Physician assistant (PA)
Een physician assistant die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Een physician assistant (PA) kan zelfstandig taken van de arts overnemen, bijvoorbeeld het afnemen van een anamnese, het opstellen van een behandelplan, maar ook heelkundige handelingen zoals operaties, pacemakerimplantaties, endoscopieën, zenuwblokkades en het plaatsen van een centraal veneuze katheter (CVC).

Psychosomatisch fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als psychosomatisch fysiotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het individueel register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

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 als psychosomatisch oefentherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

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

Psychiater

Een arts die als psychiater is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Rationele farmacotherapie

Beoordelen op basis van rationele farmacotherapie is van toepassing op niet-geregistreerde geneesmiddelen en er mogelijk een situatie is waardoor deze vanuit de basisverzekering kunnen worden vergoed. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor de verzekerde geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit de stand van de wetenschap en praktijk. Daarbij geldt tevens dat het geneesmiddel het meest economisch dient te zijn voor zowel de zorgverzekeraar als de verzekerde.

Redelijke afstand

Redelijke afstand tot gecontracteerde zorg in een vastgestelde straal in kilometers vanuit de woonplaats van de verzekerde. U kunt voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer 071 - 582 58 25 of maak een afspraak om langs te komen op ons servicepunt in Leiden.

Regiebehandelaar

Zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, de diagnose stelt en het behandelplan vaststelt. Daarvoor heeft hij minimaal één keer een face-to-faceconsult met de patiënt. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor doelmatige uitvoering van het behandelplan, door adequate afstemming en communicatie met de medebehandelaars, en toetst of de behandeldoelen worden bereikt. De regiebehandelaar evalueert de voortgang met de patiënt en stelt zo nodig het behandelplan bij.

Regio van Zorg en Zekerheid

De regio van Zorg en Zekerheid bestaat uit de volgende 20 gemeenten:

- Aalsmeer
- Alphen aan den Rijn
- Amstelveen
- Bodegraven-Reeuwijk
- De Ronde Venen
- Haarlemmermeer
- Hillegom
- Kaag en Braassem
- Katwijk
- Leiden
- Leiderdorp
- Lisse
- Nieuwkoop
- Noordwijk
- Oegstgeest
- Ouder-Amstel
- Teylingen
- Uithoorn
- Voorschoten
- Zoeterwoude

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke 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 toetreding zorgaanbieders (Wtza) gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

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.

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’.

Tandtechnicus
Een tandtechnicus, 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.

Verbijzonderd fysiotherapeut
Een fysiotherapeut die door aanvullende opleiding beschikt over aanvullende kennis en kunde over een specifieke richting binnen de fysiotherapie.

Verbijzonderd oefentherapeut
Een oefentherapeut die door aanvullende opleiding beschikt over aanvullende kennis en kunde over een specifieke richting binnen de oefentherapie.

Verblijf
Verblijf gedurende ten minste 24 uur.

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

Verminking
Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming die in het dagelijks leven meteen opvalt. Deze misvorming moet het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

Verpleegkundige
Een verpleegkundige geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist
Een verpleegkundige geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG met de specialisatie verpleegkundig specialist acute, chronische, preventieve of intensieve zorg bij somatische aandoeningen of geestelijke gezondheidszorg.

Verzekering
De door de verzekeringsovereenkomst geregelde rechtsverhouding.

Verzekeringsduur
Duur van de verzekering die men in totaal aansluitend bij Zorg en Zekerheid verzekerd is.

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

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

Wachttijd orthodontie
De verzekerde die behandeld wordt voor orthodontie moet minstens twaalf maanden voorafgaand aan de behandeling aansluitend aanvullend verzekerd zijn bij ons voor orthodontie om aanspraak te kunnen maken op de vergoeding.

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.

Werkgeverscollectiviteit
Een collectiviteitsovereenkomst tussen een werkgever en Zorg en Zekerheid waarbij de verzekerde deelnemer is. Hierbij zijn bijzondere afspraken gemaakt voor de aanvullende verzekeringen in deze polisvoorwaarden over onder andere collectiviteitskorting en extra vergoeding(en). Andere collectiviteiten/collectiviteitsovereenkomsten vallen hierbuiten. Collectiviteitsovereenkomsten waarbij geen extra vergoeding voor de verzekerde is afgesproken vallen hier ook buiten.

Wet BIG
Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

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

Wijkverpleging
Verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Wlz
Wet langdurige zorg.

Wmg-tarief
Het tarief zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg.

Ziekenhuis
Een centrum voor medisch-specialistische zorg dat volgens de regels van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) als ziekenhuis of ZBC is toegelaten.

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

Zintuiglijk gehandicapt
Iemand met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

Zorgaanbieder
Een instelling of beroepskracht die zorg en/of hulpverlening levert, waaronder ook een hulpmiddelenleverancier zoals opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen.

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. Eerstelijnsverblijf valt hier niet onder.

Zorgpolis
De (elektronische) 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.

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.

Zorgzwaartepakket (ZZP)
Een zorgzwaartepakket (ZZP) is een pakket van zorg dat aansluit op uw persoonlijke kenmerken en de zorg die u nodig hebt. Het omvat wonen, zorg, behandeling en diensten en mogelijk dagbesteding. Er zijn verschillende ZZP’s te onderscheiden met of zonder dagbesteding. De hoogte van het ZZP geeft aan waar u recht op hebt. De zorg dient te voldoen aan de omschrijving vanuit de regelgeving van één van de hiertoe gedefinieerde ZZP’s voor langdurige GGZ. Voor een volledige beschrijving van alle zorg die onder een ZZP valt, verwijzen wij u naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Rubriek A Algemene voorwaarden basisverzekering

Artikel 1 Algemene bepalingen

1.1 Grondslag van de zorgverzekering

Deze zorgverzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
b. het Besluit zorgverzekering;
c. de Regeling zorgverzekering;
d. de bijbehorende toelichtingen van onderdelen a, b en c;
e. de gegevens die u bij het afsluiten van de verzekering aan ons heeft doorgegeven.

De zorgverzekeringsovereenkomst is vastgelegd in uw zorgpolis en deze polisvoorwaarden. Op het polisblad worden de verzekerde(n) en de gesloten zorgverzekering(en) vermeld. Wanneer wij uw aanvraag hebben verwerkt ontvangt u zo snel mogelijk uw verzekeringsbewijs in de vorm van een polisblad en verzekeringspas (per post of digitaal). In het vervolg ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuw polisblad.

Op vertoon van uw verzekeringspas kunt u zorg, waarop u op basis van deze polis recht heeft, ontvangen van een zorgverlener naar keuze (zie artikel 1.5). In de zorg geldt daarnaast de identificatieplicht.

Op deze verzekering is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. De Zvw, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen van deze zorgverzekeringsovereenkomst.

1.2 Voor wie

Deze zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen. De aanspraak op zorg en de vergoeding van de kosten van zorg geldt voor alle verzekerden woonachtig in Nederland en voor de in het buitenland wonende verzekerden. In tegenstelling tot de 1ste zin in dit artikel staat deze zorgverzekering niet open voor diegene wiens eerdere zorgverzekering is opgezegd of ontbonden binnen vijf jaar direct voorafgaande aan het verzoek tot het sluiten van de verzekering wegens fraude.

1.3 Vorm van de zorgverzekering

De Zorg Vrij Polis is een combinatieverzekering. Met deze verzekering heeft u grotendeels recht op vergoeding van de kosten van zorg (restitutie). Voor geestelijke gezondheidszorg en verpleging en verzorging (artikel 27.1) heeft u recht op zorg in natura. Met zorg in natura bedoelen wij dat u zorg ontvangt van een door ons gecontracteerde zorgverlener.

1.4 Inhoud en omvang van de zorgverzekering

Wij vergoeden de kosten van zorg, zoals omschreven in deze polisvoorwaarden als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Wanneer dit ontbreekt, wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald door wat binnen het betreffende vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Een zorgverlener moet voldoen aan de relevante richtlijnen, kwaliteitsstandaarden/-kaders én alle overige documenten welke het karakter van een kwaliteitsnorm hebben voor de betreffende beroepsgroep, wil sprake kunnen zijn van vergoeding.

1.5 Wie mag de zorg verlenen

1.5.1 Keuze van zorgaanbieder

U heeft vrije keuze van zorgaanbieder bij het restitutie deel van deze verzekering, dus bij alle zorgvormen behalve geestelijke gezondheidszorg en verpleging en verzorging. Dit betekent dat u zelf kunt bepalen naar welke zorgaanbieder u gaat. De zorgaanbieder moet wel voldoen aan de eisen die aan de zorgverlener zijn gesteld in Rubriek B onder de betreffende zorgvormen. Dit geldt ook voor andere eisen die aan de zorgverlener worden gesteld vanuit wet- en regelgeving, bijvoorbeeld de Wet BIG. Verder sluit de vrije keuze niet uit dat in bepaalde gevallen vooraf toestemming moet worden gevraagd (zie verder artikel 1.8).

Gaat u voor geestelijke gezondheidszorg of verpleging en verzorging, het natura deel van deze verzekering, naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder dan kan het zijn dat u een deel van de kosten van uw behandeling zelf moet betalen.

1.5.2 Hoogte van de vergoeding van zorg

1.5.2.1 Restitutie gedeelte van deze verzekering

Wij vergoeden bij het restitutie deel van deze verzekering, dus bij alle zorgvormen behalve geestelijke gezondheidszorg (artikel 23) en verpleging en verzorging (artikel 27.1), de kosten van zorg tot maximaal het op dat moment vastgestelde Wmg-(maximum)tarief (Wet marktordening gezondheidszorg). Wanneer er geen Wmg-(maximum)tarief is vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland marktconforme bedrag. Van een marktconform bedrag is sprake voor zover het door de verlener van zorg in rekening gebrachte bedrag, in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag, niet onredelijk hoog is.

Als wij constateren dat een gedeclareerd bedrag niet marktconform is, dan zullen wij daarover contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder en over de prijs in gesprek gaan. Wanneer de zorgaanbieder geen concessies wil doen t.a.v. de prijs, dan zou in het uiterste geval een deel van de kosten voor uw eigen rekening kunnen komen.

1.5.2.2 Natura gedeelte van deze verzekering

Voor de zorg genoemd in Rubriek B sluit Zorg en Zekerheid met zorgaanbieders contracten. In deze overeenkomsten maken wij afspraken over prijs, kwaliteit, doelmatigheid, de wijze van declareren en de voorwaarden waaronder zij de zorg kunnen verlenen. Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder, dan ontvangt de zorgaanbieder de vergoeding van kosten van de geleverde zorg rechtstreeks van ons. Op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders wij een overeenkomst hebben gesloten.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor geestelijke gezondheidszorg (artikel 23) dan vergoedt Zorg en Zekerheid tot maximaal 80% van het door ons gemiddeld gecontracteerde tarief. Ontvangt u verpleging en verzorging (artikel 27.1) van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan vindt een kostenvergoeding plaats van 75% van de nota tot maximaal 75% van het door ons gemiddeld gecontracteerde tarief.

> De maximale vergoedingen voor niet-gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg en verpleging en verzorging vindt u op www.zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg. Op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders wij een overeenkomst hebben gesloten.

Als de in dit artikel opgenomen vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg een aantoonbare feitelijke hinderpaal oplevert voor een gemiddelde zorggebruiker in een modale inkomenssituatie, vergoeden wij een bedrag dat zodanig hoger is dat van een feitelijke hinderpaal geen sprake meer is. Op www.zorgenzekerheid.nl/hinderpaal kunt u informatie vinden hoe u een beroep kunt doen op een hinderpaal.

1.5.3 Omzetplafonds

Zorg en Zekerheid spreekt met veel ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) af welk bedrag zij in een bepaald kalenderjaar maximaal mogen declareren. Dit wordt ook wel omzetplafond genoemd. Met de meeste zorgaanbieders is contractueel vastgelegd dat zij, als u hen benadert met een zorgvraag, deze moeten leveren, ook als het omzetplafond is bereikt. Dit is de zogenoemde doorleverplicht. Met een klein deel van de ziekenhuizen is geen doorleverplicht afgesproken. Uw zorgaanbieder kan u hierover informeren. Het kan dan voorkomen dat u in dat jaar niet meer bij deze zorgaanbieder terecht kunt. In dat geval kunt u bellen of mailen naar ons Team Zorgadvies en Bemiddeling op telefoonnummer 071 - 582 58 28 of www.zorgenzekerheid.nl/zorgadvies . Een van onze zorgadviseurs kijkt samen met u bij welke zorgaanbieder u wel terechtkunt.

1.6 Tijdige zorgverlening

Wanneer de benodigde zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan worden geleverd, heeft u aanspraak op zorgbemiddeling van ons team Zorgadvies en Bemiddeling.

Wanneer een gecontracteerde zorgaanbieder voor geestelijke gezondheidszorg (artikel 23) of verpleging en verzorging (artikel 27.1) de benodigde zorg niet-tijdig kan leveren dan kunnen wij u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De kosten van deze zorg worden in dat geval, nadat wij de nota hebben ontvangen, met inachtneming van de polisvoorwaarden, vergoed. Wij vergoeden de kosten tot maximaal op basis van het op dat moment vastgestelde Wmg- (maximum)tarief (Wet marktordening gezondheidszorg). Wanneer er geen Wmg-(maximum)tarief is vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland marktconforme bedrag.

> **Team Zorgadvies en Bemiddeling**
>
> Het Zorg en Zekerheid Team Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u terecht kunt voor uw zorgvraag. Of bemiddelt voor u wanneer u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een ziekenhuisopname of bezoek aan een polikliniek. Meer informatie over het Team Zorgadvies en Bemiddeling vindt u op www.zorgenzekerheid.nl/zorgadvies .

Onder niet of niet-tijdig geleverde zorg verstaan wij ook:
a. zorg die niet binnen een redelijke afstand van uw woonplaats kan plaatsvinden, of;
b. een situatie waarin er geen kwalitatieve en verantwoorde zorg verleend kan worden in de nabijheid van de woonplaats.

Voor het vaststellen van het tijdstip van tijdige zorgverlening gaan wij uit van medische inhoudelijke factoren, en zo nodig algemene, maatschappelijk aanvaarde wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7 Begin en einde van uw aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg

Als u op grond van de polisvoorwaarden aanspraak heeft op zorg of recht heeft op vergoeding van de door u gemaakte kosten van zorg, geldt dit uitsluitend als u deze zorg heeft ontvangen tijdens de looptijd van deze zorgverzekering. De datum die door de zorgaanbieder wordt opgegeven als datum waarop de zorg is geleverd, is bepalend voor de beoordeling aan welk kalenderjaar wij de gedeclareerde kosten toerekenen. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder één declaratie indient, dan is de startdatum van de behandeling bepalend voor het recht op vergoeding.

1.8 Schriftelijke toestemming, verwijzing of voorschrift

1.8.1 Schriftelijke toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u van ons schriftelijke toestemming nodig voordat u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg. In Rubriek B van deze voorwaarden is bij iedere zorgvorm aangegeven of u schriftelijke toestemming nodig heeft.

Heeft u schriftelijke toestemming van uw vorige zorgverzekeraar en stapt u over naar ons? Dan blijft de toestemming geldig tot de einddatum die op de toestemming staat aangegeven. De vergoeding vindt plaats zoals beschreven in deze polisvoorwaarden.

> **Voorbeeld**
> U bent per 1 januari 2027 overgestapt naar ons. U heeft van uw vorige zorgverzekeraar een schriftelijke toestemming voor plastische chirurgie ontvangen. De uiterste datum van deze toestemming is 23 maart 2027. Als u voor deze datum uw behandeling ondergaat, hoeft u geen toestemming te vragen aan ons.

1.8.2 Tijdig aanvragen van toestemming

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

1.8.3 Niet nakomen van verplichting

Bij niet nakoming van de verplichting geformuleerd in 1.8.2, komen de eventuele (financiële) gevolgen in beginsel voor rekening van de verzekerde. Dit laat onverlet dat deze verzekerde in beginsel geen recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg, als de vereiste toestemming (nog) niet is verleend door Zorg en Zekerheid.

1.8.4 Verwijzing of voorschrift

Het kan ook zijn dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op deze zorg. In Rubriek B van deze voorwaarden is bij iedere zorgvorm aangegeven of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft. Voor acute zorg (zorg die niet uitgesteld kan worden) heeft u geen verwijzing nodig.

1.9 Vergoeding van kosten van andere vormen van zorg

In sommige gevallen kan het zijn dat u aanspraak kan maken op vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan vermeld in deze polisvoorwaarden. Dit kan wanneer de betreffende behandeling is aangemerkt als algemeen aanvaard en tot een vergelijkbaar resultaat leidt en niet is uitgesloten door de wet. Voor een dergelijke behandeling heeft u vooraf toestemming nodig.

1.10 Terugbetalen

Het kan zijn dat wij meer uitbetalen dan waarop u volgens deze overeenkomst recht heeft. U verleent ons door het aangaan van de zorgverzekering op voorhand een volmacht tot incasso op onze naam. Deze volmacht heeft betrekking op wat u teveel aan de zorgaanbieder heeft betaald.

1.11 Wanneer verjaart een nota

Uw recht op vergoeding van de kosten van zorg verjaart 3 jaar na de factuurdatum van de behandeling. Indien er geen datum op de factuur van de behandeling staat, verjaart uw recht op vergoeding van de kosten van die zorg op

31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Wanneer wij uw verzoek om vergoeding van zorgkosten geheel of gedeeltelijk hebben afgewezen verjaart uw nota 3 jaar na afwijzing. U kunt verjaring voorkomen door binnen voornoemde periode schriftelijk aan ons mede te delen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op deze vergoeding.

1.12 Mededelingen
Mededelingen gericht aan uw laatst bij ons bekende adres en/of e-mailadres, worden geacht u te hebben bereikt.

Artikel 2 Begin, looptijd en einde van de zorgverzekering

2.1 Vanaf wanneer bent u verzekerd
Uw zorgverzekering en/of die van de door u medeverzekerde personen gaat in principe in op de dag waarop wij het volledig ingevulde aanvraag(formulier) hebben ontvangen. De ingangsdatum van de zorgverzekering staat op het polisblad.

1. Het kan zijn dat wij uit het ingevulde aanvraagformulier niet kunnen afleiden of wij verplicht zijn met u en/of een van de door u op uw aanvraag(formulier) vermelde perso(o)n(en) een zorgverzekering af te sluiten. Wij vragen dan om aanvullende informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering af te sluiten voor u en/of deze perso(o)n(en). De zorgverzekering gaat dan in op de datum dat wij alle aanvullende informatie hebben ontvangen, tenzij artikel 2.1.2 van toepassing is.
2. Als de zorgverzekering wordt aangevraagd binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, dan hanteren wij als ingangsdatum de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan. Bij de geboorte van uw kind is het dus van belang dat u uw kind binnen vier maanden na de geboorte bij ons verzekert. Uw kind is dan vanaf de geboortedatum verzekerd. Wanneer de aanmelding van uw pasgeborene(n) niet binnen vier maanden is ontvangen door ons, gaat de zorgverzekering pas in per meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.
3. Uw zorgverzekering gaat in met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd, onder voorwaarde dat de periode tussen de einddatum van de eerdere zorgverzekering en uw nieuwe zorgverzekering niet meer dan een maand bedraagt. De werking van terugwerkende kracht onder de voornoemde voorwaarde geldt alleen in de volgende gevallen:
    a. de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari;
    b. door wijziging van de voorwaarden ten nadele van de verzekerde;
    c. door wijziging van de grondslag van de premie ten nadele van de verzekerde.
4. Als u al een andere zorgverzekering heeft op de dag zoals bedoeld in 2.1, dan gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven datum, mits deze in de toekomst ligt en u aan de overstapvoorwaarden voldoet.

2.2 Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen
Als verzekeringnemer kunt u de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar. Wij moeten van u dan wel een opzegging hebben ontvangen uiterlijk 31 december van het voorgaande jaar. Ontvangen wij die niet, dan verlengen wij de zorgverzekering(en) stilzwijgend met de duur van één jaar. Heeft u uiterlijk op 31 december opgezegd dan eindigt de zorgverzekering per 1 januari van het daaropvolgende jaar en heeft u tot 1 februari de tijd om een andere zorgverzekering af te sluiten. Deze nieuwe zorgverzekering gaat dan met terugwerkende kracht in vanaf 1 januari.

Opzeggen kan ook via de opzegservice van Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de zorgverzekeraar van uw nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om uw huidige zorgverzekering(en) op te zeggen en bij de nieuwe zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. Ook hier geldt dat u uiterlijk 31 december een andere zorgverzekering moet hebben aangevraagd.

2.2.1 Tussentijds uw verzekering opzeggen
U kunt als verzekeringnemer de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen wanneer:

a. u iemand anders dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde een andere verzekering heeft afgesloten op grond van de Zorgverzekeringswet. Denk hierbij aan het bereiken van de 18-jarige leeftijd van uw kind. De huidige zorgverzekering moet dan wel binnen dertig dagen worden opgezegd. Als u de zorgverzekering opzegt en deze is door ons ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering, dan beëindigen wij de verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Ontvangen wij de opzegging later? Dan is de ingangsdatum de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen. U bent desgevraagd gehouden bewijsstukken te overleggen waaruit blijkt dat de verzekerde elders een zorgverzekering heeft;
b. u geen gebruik meer kunt maken van de collectieve overeenkomst van uw werkgever vanwege een nieuw dienstverband en u kunt deelnemen aan een nieuwe collectieve overeenkomst bij uw nieuwe werkgever. U moet uw zorgverzekering dan wel opzeggen binnen dertig dagen na uw indiensttreding. U bent desgevraagd gehouden bewijsstukken te overleggen waaruit blijkt dat u van collectieve overeenkomst switcht;
c. wij de premie en/of voorwaarden aanpassen zoals beschreven in artikel 2.8.2;
d. u van de zorgautoriteit een mededeling heeft ontvangen dat wij een aanwijzing van de zorgautoriteit hebben gekregen vanwege het niet voldoen aan, of een boete opgelegd hebben gekregen vanwege overtreding van, artikel 15f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. U kunt alleen opzeggen binnen zes weken nadat u een mededeling, als bedoeld in dit artikel onder d, ontvangen heeft. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop u heeft opgezegd.

Opzegging bij 18e verjaardag

Wordt uw kind 18 jaar? Dan kan u zijn of haar verzekering tussentijds opzeggen in de maand dat uw kind 18 jaar wordt. Uw kind moet dan zelf een zorgverzekering hebben afgesloten.

2.3 Wanneer kunt u de zorgverzekering niet opzeggen

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand van de verschuldigde premie, dan kunt u de zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan. Dit kan wel als wij de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst of binnen twee weken de opzegging hebben bevestigd.

2.4 Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen

Wij kunnen uw zorgverzekering alleen beëindigen in de volgende situaties:

a. als er sprake is van het niet op tijd betalen van de premie en eventuele incassokosten, zoals omschreven in artikel 3.4 ‘Achterstand in betalen’;
b. als er sprake is van fraude zoals omschreven in artikel 4.5 ‘Hoe gaan wij om met fraude’;
c. als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de zorgverzekering uit de markt halen.

2.5 Wanneer kunnen wij de dekking van uw verzekering schorsen

Wij kunnen de dekking van uw zorgverzekering schorsen als er sprake is van het niet op tijd betalen van de premie en eventuele incassokosten, zoals omschreven in artikel 3.4 ‘Achterstand in betalen’.

2.6 Wanneer eindigt uw verzekering van rechtswege

De zorgverzekering kan ook eindigen van rechtswege. In de volgende situaties eindigt de zorgverzekering van rechtswege met ingang van de dag volgend op de dag waarop:

a. wij geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, is gewijzigd of ingetrokken. U ontvangt uiterlijk twee maanden van tevoren bericht van ons onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt;
b. de verzekerde overlijdt (u moet dit binnen dertig dagen aan ons doorgeven);
c. de verzekeringsplicht eindigt;
d. u een militair in werkelijke dienst wordt.

U bent als verzekeringnemer verplicht ons zo snel mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde, het einde van de verzekeringsplicht of indiensttreding als militair in werkelijke dienst. Eventueel te veel betaalde premie wordt aan u terugbetaald of verrekend met door ons betaalde zorgkosten voor zorg waarop u geen recht meer had. Indien in dat geval door ons meer zorgkosten zijn betaald, dan u terugkrijgt aan premie, brengen wij deze kosten bij u in rekening.

2.7 Zorgverzekering van onverzekerden

Als u bij ons verzekerd bent op grond van artikel 9d lid 1 Zvw (Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering), dan kunt u deze zorgverzekering vernietigen. Dit doet u binnen twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het Centraal Administratiekantoor (CAK) u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de zorgverzekering ongedaan te kunnen maken, moet u aan ons en het CAK kunnen aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest op grond van een andere zorgverzekering. Hierbij gaat het om de periode zoals omschreven in artikel 9d lid 1 van de Zvw.

Wij zijn bevoegd een door het CAK namens u gesloten zorgverzekering te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, conform artikel 9d lid 6 Zvw.

U kunt de zorgverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zvw niet opzeggen in de eerste twaalf maanden van de looptijd. Hiermee wijken wij af van artikel 7 van de Zvw. Uitzondering hierop is het derde lid van dat artikel; als dit van toepassing is, kunt u wel uw zorgverzekering opzeggen.

2.8 Wijziging van de premie(grondslag) en voorwaarden

2.8.1 Aanpassing van premie en voorwaarden

Wij hebben het recht om de voorwaarden en/of de grondslag van de premie van de zorgverzekering op elk moment van het jaar en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Als wij dit doen, zullen wij u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de voorwaarden of premiegrondslag gaat niet eerder in dan zeven weken na de dag waarop wij u hierover hebben bericht.

2.8.2 Recht van opzegging

Wijzigen wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel? Dan heeft u het recht om uw verzekering op te zeggen binnen zeven weken nadat wij u hebben geïnformeerd over de wijziging. U moet ons hiervan schriftelijk en aangetekend op de hoogte stellen. Het recht van opzegging geldt niet wanneer de wijziging van voorwaarden en/of premiegrondslag het gevolg is van een wijziging van de gestelde regels binnen de artikelen 11 tot en met 14 van de Zvw.

Ontvangen wij voor de dag dat de nieuwe voorwaarden en/of premiegrondslag van kracht zijn geen schriftelijk bericht van opzegging, dan zullen wij de zorgverzekering voortzetten met toepassing van de nieuwe voorwaarden.

2.9 Onrechtmatige inschrijving

a. als ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had of vanaf enig moment niet meer heeft, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen verzekeringsplicht (meer) bestaat;
b. wij zullen 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 3 Premie en eigen risico

3.1 Premiegrondslag

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. Uw eventuele premiekorting vindt u op uw polisblad.

3.1.1 Berekening van de premie

Grondslag van de premie minus de korting van het vrijwillig gekozen eigen risico. Hierover wordt een percentage korting van de betaaltermijnen op toegepast en in mindering gebracht op het hiervoor berekende bedrag. Het eindbedrag is de te betalen premie.

3.2 Wie betaalt de premie

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Een verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, hoeft geen premie te betalen. Premie is pas verschuldigd op de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. In geval van overlijden van een verzekerde is er premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

> **Voorbeeld**
> Iemand die op 2 februari 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 maart.

De verzekeringnemer is verplicht de premie vooraf te betalen en bijdragen te betalen, die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke bepalingen of regelingen, voor alle verzekerden. Hierbij kan gekozen worden voor maand-, kwartaal-, half jaar- of jaarbetaling. Wanneer u ervoor kiest om per half jaar of jaar te betalen, ontvangt u een korting over de verschuldigde premie. Wanneer u toetreedt tot een collectiviteit, kan het zijn dat u alleen voor een maandbetaling kunt kiezen. U heeft dan ook geen recht op de termijnkorting.

3.2.1 Vrijwillig eigen risico bij toetreden collectiviteit

Wanneer u toetreedt tot een collectiviteit, kan het zijn dat de keuze voor een vrijwillig eigen risico beperkt of uitgesloten is. Wanneer u tussentijds toetreedt, kan dit tot gevolg hebben dat uw eerder gekozen vrijwillig eigen risico wordt aangepast.

3.3 Verrekening

U mag verschuldigde bedragen (zoals de premie) niet verrekenen met de vergoedingen die u nog van ons tegoed heeft. Wij mogen uw schuld wel verrekenen met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en).

Wanneer een wijziging van uw verzekering plaatsvindt, in de loop van de maand, dan hebben wij het recht de premie met ingang van de eerste dag van de daaropvolgende maand te (her)berekenen of aan u terug te betalen.

In het geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening of terugbetaling van de premie plaats met ingang van de dag volgende op de dag van overlijden.

3.4 Achterstand in betalen

Als u de premie, verplicht/vrijwillig eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of wettelijke bijdragen niet op tijd (terug)betaalt, dan ontvangt u van ons een aanmaning. Bij ontvangst van deze aanmaning heeft u dertig dagen om deze te betalen.

1. Als u een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, dan bieden wij u een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk binnen tien werkdagen nadat wij de betalingsachterstand hebben vastgesteld.
2. Als u een betalingsachterstand heeft van vier maanden, dan ontvangt u van ons zo spoedig mogelijk de mededeling dat wij voornemens zijn over te gaan tot melding bij het CAK, zoals bedoeld in artikel 18c van de Zvw. Zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt gaan wij de melding ook daadwerkelijk doen, tenzij u binnen vier weken na mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte ervan te betwisten.
3. Wanneer wij ons standpunt na uw betwisting handhaven, kunt u binnen vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of een burgerlijk rechter voorleggen. Wanneer uw 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 18.b.3 Zvw).
4. Als u een betalingsachterstand heeft van zes maanden of meer, dan melden wij u aan bij het CAK. Dit doen wij onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie en de voor de uitvoering van artikel 34a van de Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u als verzekeringnemer en van de eventuele verzekerden. Wij doen geen melding als u:
    a. de premieachterstand op tijd heeft betwist en wij ons standpunt nog niet aan u kenbaar hebben gemaakt;
    b. de in het artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn nog niet is verstreken;
    c. op tijd een geschil heeft voorgelegd aan de SKGZ of een burgerlijk rechter, en op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
    d. zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten.
5. Wij stellen het CAK meteen op de hoogte van de datum waarop:
    a. de schulden voortvloeiend uit de zorgverzekering volledig zijn of zullen zijn voldaan of tenietgaan;
    b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
    c. een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zvw (dit is een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden van de verzekeringnemer). Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u als verzekeringnemer en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan deze schuldregeling moet, naast u als verzekeringnemer, minstens wij als zorgverzekeraar deelnemen.
6. Indien u in verzuim bent met de volledige betaling van onze vordering en er is voldaan aan het bepaalde in artikel 6:96 lid 6 Burgerlijk Wetboek, dan bent u aan ons buitengerechtelijke incassokosten verschuldigd. De buitengerechtelijke incassokosten worden bepaald en berekend conform het op basis van artikel 6:96 lid 5 Burgerlijk Wetboek vastgestelde Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten.
7. U heeft weer recht op (vergoeding van de kosten voor) zorg op de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de kosten hebben ontvangen.

3.5 Verplicht eigen risico

3.5.1 Hoogte van het verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 400,- per kalenderjaar. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks vastgesteld door de overheid en geldt per verzekerde.

Het verplicht eigen risico houdt in dat u de kosten van verzekerde zorg tot dit bedrag zelf moet betalen. Het gaat hierbij om kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt.

> **Voorbeeld**
>
> Denk hierbij bijvoorbeeld aan een opname in een ziekenhuis waarbij wij de kosten vergoeden van de opname. U ontvangt van ons vervolgens een rekening voor het betalen van uw verplicht eigen risico.

3.5.2 Voor welke zorg geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

a. huisartsenzorg. Let u hierbij op dat bijvoorbeeld geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Ditzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek (bijvoorbeeld bij bloedonderzoek) dat samenhangt met de huisartsenzorg. Wanneer dit laboratoriumonderzoek op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd, dan geldt het verplicht eigen risico. De consultatiekosten in het kader van Transparant Next door een psychiater vallen wel buiten het eigen risico;

b. de directe kosten voor kraamzorg en verloskundige zorg alsmede het plaatsen van een spiraal door een verloskundige. Ook kosten die verband houden met het behandelen van aandoeningen n.a.v. de zwangerschap die zich tot 6 weken na de bevalling voordoen vallen niet onder het verplicht eigen risico. U betaalt wel eigen risico voor hiermee samenhangende kosten, zoals kosten voor ambulancevervoer, geneesmiddelen en onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
c. anticonceptie voor verzekerden vanaf 18 tot en met 20 jaar;
d. verpleging en verzorging (wijkverpleging) omschreven in Rubriek B artikel 21 en 27.1;
e. vervoer van een donor, indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten en de kosten ten laste van diens zorgverzekering komen. In dat geval vergoeden wij de laagste klasse van het openbaar vervoer. Als er een medische noodzaak is voor vervoer met de auto, vergoeden wij de kosten van het vervoer per auto;
f. zorgkosten, van donoren, die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken of bij levertransplantatie na 26 weken na de donatie bij leven;
g. medicijnen die in het Reglement Farmaceutische zorg door ons zijn aangewezen als voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er wel rekening mee dat de zorgverlening van de apotheek, bijvoorbeeld terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie-instructie niet zijn vrijgesteld van het eigen risico. Zie ook in Rubriek B artikel 19;
h. de medicijncheck door een gecontracteerde apotheker;
i. gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening voor chronische aandoeningen voor zover daarbij sprake is van ketenzorg;
j. stoppen met roken programma's bij door ons gecontracteerde zorgaanbieders (inclusief medicatie). Deze vindt u op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker;
k. de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI);
l. hulpmiddelen in bruikleen;
m. NIPT (niet-invasieve prenatale test) voor vrouwen met een medische indicatie;
n. de kosten van zorg die uit de zorgverzekeringswet kunnen worden aangemerkt als vergoede zorg in geval van domein- en sector overstijgende samenwerking;
o. de kosten van het verkennend gesprek GGZ en de kosten van het meekijk- of meedenkconsult door een medisch specialist, wanneer dit is aangevraagd door uw huisarts.
p. fysiotherapie en oefentherapie bij artroseklachten aan heup en/of knie en bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie; in beide gevallen alleen bij gecontracteerde zorgaanbieders. Bezoekt u een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan is het eigen risico wel van toepassing.

3.5.3 Vanaf wanneer gaat het verplicht eigen risico in

Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar? Dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend zoals omschreven in artikel 3.5.4.

3.5.4 Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de verzekering niet start of eindigt op 1 januari, i.v.m. het bereiken van de 18-jarige leeftijd of om een andere reden, dan berekenen wij het eigen risico voor het betreffende kalenderjaar als volgt:

Aantal dagen dat u verzekerd bent in het jaar, gedeeld door het totaal aantal dagen in dat jaar. De uitkomst hiervan wordt vermenigvuldigd met het verplicht eigen risico. De hoogte van het bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

De verzekering gaat in op 1 november van een kalenderjaar i.v.m. het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Wij berekenen de hoogte dan tot 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar. Dit zijn 61 dagen. Een kalenderjaar telt 365 dagen (uitzondering schrikkeljaar). Het eigen risico is: € 400,- x 61 gedeeld door 365 is € 66,85 en wordt afgerond op € 67,-.

3.5.5 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd in een zogeheten DBC of prestatie integrale geboortezorg? Dan worden deze kosten in mindering gebracht op het verplicht eigen risico van het kalenderjaar waarin de DBC of prestatie integrale geboortezorg, is geopend.

3.5.6 Betaling van het verplicht eigen risico

Als wij de kosten voor uw behandeling rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, zullen wij, als dit er is, het nog openstaande verplicht eigen risico verrekenen of terugvorderen. Wanneer wij terugvorderen ontvangt u van ons hierover een schriftelijk verzoek tot betaling binnen veertien dagen of een bericht waarin wij aangeven dat wij het terug te vorderen bedrag binnen veertien dagen zullen incasseren.

Als u zorgkosten rechtstreeks bij ons declareert, dan zullen wij, als dit er is, het nog openstaande verplicht eigen risico verrekenen met de te ontvangen vergoeding(en).

Het verplicht eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerde pakket waarbij een maximumbedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

3.6 Vrijwillig eigen risico

3.6.1 Wat is vrijwillig eigen risico

Als verzekeringnemer kunt u bij een zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico, mits de verzekerde 18 jaar of ouder is. U kunt dan kiezen uit een vrijwillig eigen risico van € 0,-; € 100,-; € 200,-; € 300,-; € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Het gekozen vrijwillig eigen risico staat op uw polisblad. In sommige collectiviteitsovereenkomsten is het niet mogelijk om een vrijwillig eigen risico te kiezen.

Bij het vrijwillig eigen risico moet u de kosten of vergoeding van zorg zelf betalen tot het gekozen bedrag. Dit bedrag komt dus nog bovenop het verplicht eigen risico uit artikel 3.5.1. Bij betaling van zorgkosten waarvoor een eigen risico van toepassing is wordt altijd eerst het verplicht eigen risico aangesproken, daarna volgt het vrijwillig eigen risico.

In ruil voor het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een bijbehorende korting op uw premie. Voor de korting met betrekking tot het vrijwillig eigen risico kunt u de offertemodule op www.zorgenzekerheid.nl raadplegen.

3.6.2 Voor welke zorg geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico geldt voor de zorg waarop het verplicht eigen risico van toepassing is (zie artikel 3.5.2).

3.6.3 Wanneer kunt u het gekozen vrijwillig eigen risico wijzigen

U kunt het gekozen vrijwillig eigen risico alleen wijzigen per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar. U kunt het vrijwillig eigen risico dus niet met terugwerkende kracht aanpassen van bijvoorbeeld € 500,- naar € 100,-.

Wij moeten uw wijziging uiterlijk 31 december van het voorafgaande kalenderjaar hebben ontvangen om de wijziging per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar in te laten gaan. Dit kunt u doen via www.zorgenzekerheid.nl/mijnzz, telefonisch via 071 - 582 58 25 of maak een afspraak om langs te komen op ons servicepunt in Leiden.

3.6.4 Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

Als de zorgverzekering gedurende het jaar aanvangt of eindigt, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico voor het betreffende kalenderjaar als volgt:

Aantal dagen dat u verzekerd bent in het jaar, gedeeld door het totaal aantal dagen in dat jaar. De uitkomst hiervan wordt vermenigvuldigd met het verplicht eigen risico. De hoogte van het bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld 18-jarigen

Er is gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-. De zorgverzekering gaat in op 1 november i.v.m. het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

Wij nemen in dit geval niet de volledige € 100,- als vrijwillig eigen risico. Dit komt doordat hier rekening wordt gehouden met de periode waarover het vrijwillig eigen risico geldt. Hier is dat 61 dagen (= het aantal dagen tot 1 januari van het volgende kalenderjaar).

Een kalenderjaar telt 365 dagen, tenminste als het geen schrikkeljaar is. Het vrijwillig eigen risico bedraagt dan:

€ 100,- x (61 / 365) = € 17,- (afgerond naar hele euro's).

Als het geldend vrijwillig eigen risico wijzigt tijdens een kalenderjaar, én vóór die wijziging al bij ons een zorgverzekering was afgesloten, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

Eerst tellen wij de volgende bedragen bij elkaar op:

(Jaarbedrag vrijwillig eigen risico periode 1 x aantal dagen dat dit geldt) = bedrag 1 + (Jaarbedrag vrijwillig eigen risico periode 2 x aantal dagen dat dit geldt) = bedrag 2

Et cetera.

De opgetelde bedragen delen wij vervolgens door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar. De uitkomst ronden wij af op hele euro's.

3.6.5 Vrijwillig eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd op basis van een zogeheten DBC of prestatie integrale geboortezorg, dan wordt dit in mindering gebracht op het vrijwillig eigen risico van het kalenderjaar waarin de betreffende DBC of prestatie integrale geboortezorg, is geopend.

3.6.6 Betaling van het vrijwillig eigen risico

Als wij de kosten voor uw behandeling rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, zullen wij, als dit er is, het nog openstaande vrijwillig eigen risico verrekenen of terugvorderen. Wanneer wij terugvorderen ontvangt u van ons hierover een schriftelijk verzoek tot betaling binnen veertien dagen of een bericht waarin wij aangeven dat wij het terug te vorderen bedrag binnen veertien dagen zullen incasseren.

Als u zorgkosten rechtstreeks bij ons declareert, dan zullen wij, als dit er is, het nog openstaande vrijwillig eigen risico verrekenen met de te ontvangen vergoeding(en).

Het vrijwillig eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximumbedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

3.6.7 Vrijwillig eigen risico na de 18e verjaardag

Wij benaderen u tenminste vier weken voor de eerste dag van de maand die volgt na de 18e verjaardag. Dit doen wij via een brief waarin wij u vragen binnen een bepaalde termijn aan te geven welk vrijwillig gekozen eigen risico u kiest. Als u niet binnen deze termijn schriftelijk uw keuze doorgeeft, dan wordt een premie berekend op basis van het vrijwillig eigen risico van de verzekeringnemer.

Artikel 4 Overige bepalingen

4.1 Wat zijn uw verplichtingen

a. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid als de medisch adviseur daarom vraagt;
b. aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder verstaan wij ook, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijke second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
c. 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;
d. binnen dertig dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde is gedetineerd en/of dat de detentie van verzekerde is afgelopen, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
e. de originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen binnen drie jaar na de factuurdatum van de behandeling. Indien er geen datum op de factuur van de behandeling staat, moet u uw originele en duidelijk gespecificeerde nota indienen bij Zorg en Zekerheid vóór 31 december van het derde 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. Als de nota's later worden ingediend dan heeft u geen recht meer op vergoeding van deze zorgkosten. Alleen originele nota's of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgaanbieder, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/ziekenvervoer, zie hiervoor ook www.zorgenzekerheid.nl/brochures;
f. voor zover een verwijzing in de polis voor het inroepen van de zorg is vereist, de verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen als Zorg en Zekerheid hierom vraagt;
g. de verzekeringnemer 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, maar in ieder geval binnen dertig dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid te melden. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
    - vervallen van de wettelijke verzekeringsplicht;
    - echtscheiding, einde duurzaam samenwonen of einde geregistreerd partnerschap;
    - overlijden;
    - geboorte;
    - wijziging IBAN;
    - adreswijziging;
    - e-mailadreswijziging;
    - aanvang en einde detentie.

Wanneer de wijziging niet binnen dertig dagen aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de wijziging pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Uitzonderingen hierop zijn: vervallen van de wettelijke verzekeringsplicht, geboorte (zie artikel 2.1.2), overlijden, aanvang van detentie (datum van plaatsing in een penitentiaire instelling is de datum van opschorting van de zorgverzekering) en einde van detentie (de zorgverzekering herleeft op de dag dat de detentie eindigt).

4.2 Wat is niet verzekerd

4.2.1 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor/zorg van:

a. eigen bijdragen/betalingen die u verschuldigd bent op basis van de Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet en/of bevolkingsonderzoek(en);
b. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de toepasselijke ministeriële regeling anders is bepaald;
c. griepvaccinatie (tenzij u tot de risicogroep behoort);
d. alternatieve geneeswijzen;
e. geneesmiddelen ter voorkoming van ziekte in het kader van een reis;
f. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofiel gaas voor verloskundige zorg;
g. behandelingen waarvoor een verwijzing vereist is, en die verwijzing niet van tevoren is aangevraagd/niet van tevoren is afgegeven;
h. declaraties als gevolg van het niet verschijnen op een afspraak met een zorgverlener;
i. behandeling tegen snurken met uvuloplastiek;
j. behandeling gericht op sterilisatie;
k. behandeling van het ongedaan maken van sterilisatie;
l. behandeling gericht op circumcisie (besnijdenis) van mannelijke verzekerden, tenzij dit medisch noodzakelijk is;
m. behandeling van placiocefalie en brachycefalie zonder craniosynotose (afwijkingen van de schedel bij baby's, zonder dat het komt door de ziekte cranio) met een redressiehelm;
n. gemaakt buiten Nederland met uitzondering van de kosten genoemd in artikel 22 buitenland;
o. onderzoeken naar behandelingen die naar wetenschappelijke opvattingen of binnen de betrokken beroepsgroep 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;
p. opname als voortzetting van een ziekenhuisopname, als onze medisch adviseur van oordeel is dat dit niet meer noodzakelijk is;
q. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, als hiervoor geen medische indicatie is afgegeven;
r. als dit een gevolg is van schade veroorzaakt door of ontstaan uit een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
s. als 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;
t. als de zorg of dienst verleend wordt door uzelf en/of als u uzelf doorverwijst en de kosten daarvan declareert op uw eigen verzekering;
u. als uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u zorg of een dienst verleent en/of doorverwijst, tenzij wij hieraan voorafgaand toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de zorg of dienst uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd. Deze voorwaarde geldt niet voor zorg die via een Zvw-pgb wordt verstrekt;
v. zorgaanbieders die in het Extern Verwijzings Register (EVR) zijn geregistreerd, of waarvan een bestuurder/feitelijke leidinggevende is geregistreerd in het EVR en waarvan wij op grond van die registratie hebben besloten de zorg niet te vergoeden. Wij informeren dan de zorgaanbieder dat u geen vergoeding van ons krijgt. De zorgaanbieder is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij de zorg verleend door hen niet vergoeden.

4.2.2 Dubbele dekking

U heeft geen recht op zorg of de vergoeding van kosten wanneer de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een verzekering van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of – ware deze verzekeringsovereenkomst niet gesloten, een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit vloeiende kosten aanspraken kan doen gelden.

4.2.3 Aansprakelijkheid

a. wij zijn niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van handelen of nalaten van uw zorgaanbieder;
b. onze eventuele aansprakelijkheid voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen is beperkt tot het bedrag van de kosten die voor ons zouden gelden bij de juiste uitvoering van de zorgverzekering, tenzij sprake is van opzet of grove schuld.

4.3 Recht op zorg als gevolg van terrorisme

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van een terroristische handeling? Mogelijk komt u in aanmerking voor een deel van deze zorg. Hiervoor geldt de volgende regel. Wanneer de totale schade veroorzaakt door terroristische handelingen die in een kalenderjaar worden gedeclareerd bij schade-, levens- of natura- uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarvoor de Wet op financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting van de Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. hoger is dan waarvoor die maatschappij een herverzekering heeft gesloten, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage wordt door de NHT bepaald en is voor iedere verzekerde gelijk.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak op zorg zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT. Het kan zijn dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen

op grond van artikel 33 van de Zvw of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zvw.

Het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. is op deze polis van toepassing. Het clausuleblad is te raadplegen via www.terrorismeverzekerd.nl .

4.4 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens

Voor het aangaan, aanpassen of beëindigen van uw zorgverzekering verstrekt u persoonsgegevens aan ons. Wij verzamelen en verwerken uw persoonsgegevens voor het aangaan en uitvoeren van uw zorgverzekering en eventueel aanvullende verzekering. Deze persoonsgegevens nemen wij op in onze persoonsregistratie. Wij verwerken uw persoonsgegevens in overeenstemming met wet- en regelgeving zoals de Algemene verordening gegevensbescherming. Hoe wij dit doen, kunt u lezen in ons Privacystatement op onze website.

Wat doen wij nog meer met uw persoonsgegevens? Wij:

a. stellen uw gegevens beschikbaar aan de zorgaanbieder voor het controleren van uw verzekeringsstatus;
b. gebruiken uw gegevens voor statistische analyse;
c. gebruiken uw gegevens voor controles en/of onderzoek onder verzekerden en zorgaanbieder of deze zorg daadwerkelijk is geleverd en/of doelmatig is;
d. kunnen voor de uitvoering van de zorgverzekering uw gegevens verstrekken aan derden, met inachtneming van de vigerende privacyregelgeving. Wanneer u dat wenst, vermelden wij daarbij niet uw adres. U kunt dit schriftelijk aan ons doorgeven;
e. kunnen gegevens uitwisselen om schade of kosten die wij vergoed hebben te verhalen, bijvoorbeeld op uw reisverzekeraar als die óók dekking biedt voor (ziekte)kosten, of op de aansprakelijkheidsverzekeraar van een andere persoon, die de schade of kosten veroorzaakt heeft;
f. voeren in het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid, conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

4.5 Hoe gaan wij om met fraude

Wanneer u of iemand namens u fraude pleegt, dan vervalt uw recht, en de vergoeding hiervan, op zorg. Wij vorderen alle eerder uitgekeerde kosten terug per de datum dat sprake is van fraude. Ook brengen wij kosten voor onderzoek naar fraude bij u in rekening.

Daarnaast hebben wij het recht uw lopende verzekeringsovereenkomst(en) bij Zorg en Zekerheid (zorgverzekering en/of aanvullende zorgverzekeringen) te beëindigen per de datum dat sprake is van fraude of wanneer uw naam op een sanctielijst staat.

Bij fraude registreren wij u en/of de verzekerde in het Extern Verwijzingsregister. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en het Protocol Incidentenwaarschuwingsysteem Financiële Instellingen (PIFI). Bij fraude of een sterk vermoeden hiervan kunnen wij ook aangifte doen bij de politie.

4.6 Klachten en geschillen

4.6.1 Heeft u een klacht

Als u ontevreden bent met een beslissing van ons of met onze dienstverlening dan kunt u binnen acht weken een klacht indienen. U kunt uw klacht eenvoudig bij ons indienen door het invullen van het online klachtenformulier op onze website www.zorgenzekerheid.nl/klacht. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan onze Klachtencommissie.

Zorg en Zekerheid
T.a.v. de Klachtencommissie
Postbus 400
2300 AK LEIDEN

Bent u niet tevreden met ons antwoord op uw klacht of heeft u binnen tien weken (wij streven ernaar u binnen deze termijn te antwoorden) geen antwoord van ons ontvangen dan kunt u uw klacht of geschil binnen één jaar voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. U kunt het geschil ook voorleggen aan de burgerlijke rechter.

4.6.2 Klachten over onze formulieren

Vindt u dat onze formulieren ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kunt u uw klacht daarover voorleggen aan de NZa. De NZa zal dan een uitspraak doen, die wordt aangemerkt als bindend advies. U kunt uw klacht schriftelijk voorleggen; gebruikt u het volgende adres: NZa Postbus 3017 3502 GA Utrecht.

4.7 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze polisvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Vastgesteld door de Ledenraad op 5 november 2026 met ingang van 1 januari 2027.

Rubriek B Omvang dekking basisverzekering

Artikel 5 Huisartsenzorg

5.1 Algemeen

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van:
- geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is (bijvoorbeeld een praktijkverpleegkundige);
- geneeskundige zorg door de dienstenstructuur (de huisartsenpost) waarbij de huisarts is aangesloten;
- samenhangend onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts, in rekening gebracht door de huisarts, een ziekenhuis of laboratorium;
- preconceptieconsult uitgevoerd door een huisarts of door een daarvoor bevoegd en bekwame verloskundige die handelt conform geldende NHG-richtlijn.

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

Welke kosten worden niet vergoed?
U heeft geen recht op zorg zonder medische noodzaak zoals medische keuringen en vaccinaties.

De complete lijst met uitsluitingen is opgenomen in Rubriek A artikel 4.2 van deze polisvoorwaarden.

> Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

5.2 Geneeskundige zorg bij specifieke patiëntgroepen

Wat wordt er vergoed?
De geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen (GZSP), is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek waardoor zij (in toenemende mate) beperkt worden in hun zelfredzaamheid en vermogen tot eigen regie. De zorg richt zich op somatisch, psychisch en/of gedragsmatig gebied. Het gaat hierbij onder andere om:
- mensen met complexe aandoeningen, zoals psychogeriatrische problematiek;
- mensen met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, zoals de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington en Multiple Sclerose;
- mensen met niet aangeboren hersenletsel;
- mensen met een verstandelijke beperking.

De behandeling is vaak gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag om beter om te kunnen gaan met de gevolgen van een aandoening, stoornis of beperking. Afhankelijk van de zorgvraag wordt de zorg individueel of in groepsverband aangeboden. Vaak is dit multidisciplinaire zorg onder regie van de regiebehandelaar GZSP. De huisarts kan ook monodisciplinair een beroep doen op de expertise van een specialist ouderengeneeskunde (of arts verstandelijk gehandicapten) om te adviseren bij complexe situaties thuis. De zorg wordt vastgelegd in een behandelplan en geleverd volgens de uitgangspunten van GZSP.

GZSP voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en sterk gestoord gedrag wordt alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een BORG-instelling en indien eerdere gespecialiseerde GGZ of verstandelijk gehandicaptenzorg onvoldoende resultaat heeft gehad.

Welke kosten worden niet vergoed?
U heeft geen recht op vergoeding als u een indicatie heeft van het CIZ voor zorg vanuit de Wet langdurige zorg.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 6 Medisch-specialistische zorg (excl. geestelijke gezondheidszorg)

6.1 Algemeen
Voor in de artikelen 6 tot en met 16 genoemde vormen van zorg (met uitzondering van acute zorg) is een verwijzing vooraf noodzakelijk door uw huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts, medisch specialist (inclusief sportarts) of physician assistant, spoedeisendehulparts, verpleegkundig specialist, GGD-arts, forensisch arts, arts infectieziekten, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, optometrist en orthoptist (kunnen alleen verwijzen naar de oogarts), klinisch fysicus-audioloog en triage-audicien (kunnen alleen verwijzen naar KNO-arts of audiologisch centrum), verslavingsarts (in geval van somatische problematiek) of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft, prenatale screening of aangeboren afwijkingen bij de pasgeborene, door een verloskundige. In het geval dat het tandheelkunde of orthodontie betreft te verlenen door een kaakchirurg, is een verwijzing noodzakelijk van een tandarts of orthodontist. Een zorgaanbieder mag niet verwijzen naar zichzelf, en mag ook niet verwijzen voor een partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid. De geldigheidsduur van een verwijzing is één jaar, tenzij de verwijzer een andere geldigheidsduur aangeeft.

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18. Wat betreft de zorg geleverd door een sportarts bestaat alleen aanspraak als het medisch-specialistische zorg betreft die zich richt op herstel, genezing, dan wel voorkomen van (verergering van) een aandoening. De zorg kan bestaan uit:
- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding binnen een revalidatietraject en/of;
- diagnostiek en behandeling van blessures van het houdings- en bewegingsapparaat ontstaan door bewegen en/ of door overbelasting.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.1.1 Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
Sommige behandelingen zijn voorwaardelijk toegelaten tot de basisverzekering conform artikel 2.1 lid 5 van het Besluit zorgverzekering (Bz) en artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering (Rz). De effectiviteit van deze behandelingen is nog onvoldoende aangetoond. Maar deze behandelingen worden wel tijdelijk vergoed vanuit de basisverzekering. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan in de loop van het kalenderjaar nieuwe behandelingen voorwaardelijk toelaten. U kunt de ‘Voorwaardelijk toegelaten behandelingen’ inzien op www.zorginstituutnederland.nl.

6.2 Verblijf (ziekenhuisopname)

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van:
- medisch-specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen (met uitzondering van de geneesmiddelen die zijn uitgesloten in artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering), 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;
- er dient sprake te zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met medisch-specialistische zorg;
- 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;
- er bestaat bij verblijf alleen recht op opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch- specialistische zorg voor een onafgebroken periode tot een maximum van 1.095 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 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor een aantal medisch specialistische behandelingen is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist als het gaat om behandelingen op de meest recente versie van de Limitatieve Lijst Medische Specialistische Zorg. Deze is te vinden op de website via www.zorgenzekerheid.nl/brochures.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van:
- medisch-specialistische behandeling in of door een centrum voor medisch-specialistische zorg;
- medisch-specialistische behandeling van de 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 een aantal medisch specialistische behandelingen is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist als het gaat om behandelingen op de meest recente versie van de Limitatieve Lijst Medische Specialistische Zorg. Deze is te vinden op de website via www.zorgenzekerheid.nl/brochures. Voor aanspraak op mondzorg, in geval van behandeling door een kaakchirurg, is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist als het gaat om prestaties opgenomen op de meest recente versie van de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie. Deze is te vinden op de website via www.zorgenzekerheid.nl/brochures.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van:
Behandelingen van plastisch chirurgische aard, met inachtneming van de voorgaande leden, als 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, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is 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;
- elektrische epilatie bij transgenders zoals bedoeld onder artikel 17.5 van deze polisvoorwaarden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor een beperkt aantal ingrepen dient u vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de limitatieve lijst Medische Specialistische Zorg met DBC-zorgproducten waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl/brochures. Bij het verlenen van toestemming kunnen aanvullende medische voorwaarden gesteld worden. Beoordelingen voor plastische chirurgische ingrepen doen wij aan de hand van de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’. In deze werkwijzer vindt u een nadere toelichting wanneer u recht heeft op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op www.zorgenzekerheid.nl/brochures.

Welke kosten worden niet vergoed?
- liposuctie van de buik;

- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit;
- 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 op www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden 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.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.5 Eerstelijnsdiagnostiek

Eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit laboratoriumonderzoek (onder andere bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (onder andere röntgenonderzoek) en functieonderzoek (onder andere ECG's). Eerstelijnsdiagnostiek wordt aangevraagd door een eerstelijnszorgverlener, waarbij de uitslagen bij die betreffende zorgverleners terugkomen.

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van eerstelijnsdiagnostiek wanneer deze wordt uitgevoerd:
- door de huisartsenpraktijk;
- door een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC);
- door een ziekenhuis of ZBC;
- door een verloskundige (zie artikel 7 voor de voorwaarden).

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient een aanvraag te zijn van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten voor alle eerstelijnsdiagnostiek.

In uitbreiding hierop mag de aanvraag ook gedaan worden door:
- de verloskundige voor een prenatale screening (zie verder artikel 7);
- de bedrijfsarts voor diagnostiek in verband met arbeidsrelevante aandoeningen;
- de GGD-arts voor individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.6 Vergoeding verblijf bij CAR-T-celtherapie

Wanneer u in een expertziekenhuis onder behandeling bent voor CAR-T-celtherapie is het noodzakelijk dat u in week 3 en 4 van de behandeling binnen 60 minuten van een expertziekenhuis verblijft. Wanneer u niet binnen deze straal woonachtig bent dient u tijdelijk elders te verblijven. Dit mag in een hotel of vakantiewoning zijn. De aanwezigheid van een mantelzorger is hierbij voldoende.

Wat wordt er vergoed?

Vergoeding van verblijfskosten in week 3 en 4 van de CAR-T-celtherapie. De hoogte van de vergoeding voor uw verblijf is maximaal € 97,- per nacht.

Welke kosten worden niet vergoed?

Vergoeding van de verblijfskosten van de mantelverzorger.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor de vergoeding van verblijfkosten bij CAR-T-celtherapie dient u vooraf schriftelijk toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid.

Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg

7.1 Prenatale screening
De prenatale screening valt onder de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Voor de hierna genoemde specifieke onderdelen van prenatale screening geldt dat de uitvoerende zorgverlener een overeenkomst moet hebben met één van de Regionale Centra voor Prenatale screening. Deze centra hebben een WBO-vergunning en definiëren de kwaliteitseisen waaraan de uitvoerende zorgverlener moet voldoen.

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van een prenatale screening, de aanspraak geldt voor zwangere verzekerden. Deze screening omvat de volgende onderdelen:
- NIPT uitsluitend als er sprake is van een medische indicatie;
- alle zwangere verzekerden die een NIPT in Nederland of elders hebben ondergaan waaruit blijkt dat er aanwijzing is op een kind met een chromosomale afwijking, hebben een indicatie voor vervolgonderzoeken zoals invasieve diagnostiek. Ook zwangere verzekerden met een medische voorgeschiedenis of een afwijkende echo kunnen een indicatie hebben voor vervolgonderzoek;
- een CTG (cardiotocogram) door een verloskundige bij minder leven, naderende serotiniteit en bij het uitwendig draaien van een kindje in stuitligging naar hoofdligging.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Wat zijn de voorwaarden?
Zorgverleners moeten, voor de termijnenecho om vast te stellen hoe lang iemand zwanger is en voor de specifieke diagnose echo, ingeschreven staan in het relevante register van Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN).

Voor het uitvoeren van een CTG moet een zorgverlener voldoen aan de volgende voorwaarden:
- de zorgverlener moet met gynaecologen binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband helder verifieerbare en controleerbare samenwerkingsafspraken hebben vastgelegd over het verrichten van een CTG;
- de zorgverlener moet voldoen aan de professionele standaard antenatale CTG in de eerstelijns verloskundigenpraktijk;
- de zorgverlener moet staan ingeschreven in het relevante register van de KNOV voor het maken van een CTG.

7.2 Bevalling en verloskundige zorg
U en uw kind hebben recht op geneeskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden. Het gaat dan zowel om de zorg die wordt gegeven vóór, als tijdens en na de bevalling. Bij bevalling kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

7.2.1 Bevalling en/of kraambed met medische noodzaak in een ziekenhuis

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van:
- 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 u en (met ingang van de dag van de bevalling) uw kind;
- indien u in het ziekenhuis moet verblijven na de bevalling, vergoedt Zorg en Zekerheid het verblijf van uw gezonde kind wegens borstvoeding en de veilige hechting tussen moeder en kind, zolang Zorg en Zekerheid voor u 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 bevalling en/of 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?
Als u en uw kind samen het ziekenhuis verlaten, voordat de kraamperiode (de periode van zes weken 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.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

7.2.2 Bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van (met ingang van de dag van de bevalling):
- verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door een verloskundige of verloskundig actieve huisarts;
- het gebruik van een verloskamer van het ziekenhuis of geboortecentrum gedurende de bevalling, inclusief de partusassistentie verzorgd door het ziekenhuis of geboortecentrum.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Voor bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum is zowel voor u als uw kind een eigen bijdrage verschuldigd. Wij verrekenen deze eigen bijdrage met u. U betaalt geen eigen bijdrage voor partusassistentie, zowel in de thuissituatie als in een ziekenhuis/kraamcenturm zonder medische indicatie.

Wat moet ik aan eigen bijdrage betalen?
De vergoeding voor moeder en kind is € 291,- per dag. Deze vergoeding is opgebouwd uit de maximale vergoeding verminderd met de eigen bijdrage die er is voor moeder en kind:

Maximale vergoeding is 2x € 169,- = € 338,- per dag
Af: eigen bijdrage kraamzorg 2x € 23,50 = € 47,- per dag

Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 338,- per dag dan moet u dat bedrag, naast de eigen bijdrage voor de kraamzorg, zelf betalen. 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. Als de bevalling alsnog medisch wordt, dat wil zeggen overdracht aan de gynaecoloog tijdens de bevalling, vervalt de eigen bijdrage.

In de meeste van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor deze eigen bijdrage. Kijk voor meer informatie op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij Geboortezorg.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

7.2.3 Bevalling en/of kraambed thuis

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

7.3 Kraamzorg

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van kraamzorg zoals kraamverzorgenden deze plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, door een gediplomeerd kraamverzorgende of een O&G-verpleegkundige. De kraamzorg bestaat uit de inschrijving en intake door het kraamcentrum, de partusassistentie bij een thuisbevalling en de kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Wanneer uw kraamzorgorganisatie hier gebruik van maakt kunt u de voorlichting en instructie digitaal ontvangen.

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 kraamverzorgende/kraamzorgaanbieder in samenspraak met de verloskundige of gynaecoloog geïndiceerd op basis van het meest recente Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

Wat zijn de voorwaarden?
- u dient zich uiterlijk in de 20e week van de zwangerschap aan te melden voor kraamzorg bij een kraamcentrum. Kijk voor ons gecontracteerde aanbod op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker;
- bij opname in een ziekenhuis: als u en het kind samen het ziekenhuis verlaten voordat de kraamperiode (de periode van zes weken 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 door een kraamcentrum dat voldoet aan de lidmaatschapseisen van de Brancheorganisatie (Bo) Geboortezorg;
- de kraamzorg dient te worden geleverd door een kraamverzorgende die is verbonden aan een kraamcentrum;
- de kraamverzorgende is geregistreerd in het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ).

Bij digitale voorlichting en instructie moet de zorgaanbieder voldoen aan de meest recente richtlijn digitale kraamzorg in de kraamweek van de Branchorganisatie (Bo) Geboortezorg. U vindt de richtlijn voor digitale kraamzorg in de kraamweek op www.bogeboortezorg.nl/richtlijnen-digitale-kraamzorg.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor aanvullende kraamzorg. Kijk voor onze vergoedingen op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker of 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 € 6,- per uur. Wij verrekenen deze eigen bijdrage met u.

In de meeste van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor deze eigen bijdrage. Kijk voor meer informatie op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij Geboortezorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 8 Revalidatie

8.1 Revalidatie

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van revalidatie in een klinische (opname) of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) situatie. Het moet gaan om zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden en wordt geleverd met een revalidatieteam van gespecialiseerde zorgverleners uit verschillende vakgebieden.

Wat zijn de voorwaarden?
- er moet sprake zijn van een aangeboren of verworven aandoening van het bewegingsapparaat of een aangeboren of verworven neurologische aandoening die leiden tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledenmaten, of;

- er moet sprake zijn van een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen zoals: brandwonden, chronische pijn, ernstige deconditionering door oncologische- of internistische aandoeningen, chirurgische behandling of langdurige ziekte of ziekenhuisopname, of complicaties/comorbiditeit bij oncologische of internistische aandoeningen;
- 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 worden behaald dan met niet-klinische revalidatie.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Om te kunnen beoordelen of er sprake is van een aanspraak op zorg dient u vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat voor revalidatie.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

8.2 Geriatrische revalidatie

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van geriatrische revalidatie die integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg omvat zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit met als doel herstel of verbetering van het functioneren en de participatie in de maatschappij van de verzekerde.

Wat zijn de voorwaarden?
- de indicatie voor geriatrische revalidatiezorg is aanwezig indien de internist ouderengeneeskunde, de klinisch geriater of specialist ouderengeneeskunde na een (schriftelijke) verwijzing van de medisch specialist van het ziekenhuis dit vaststelt;
- de indicatie wordt gesteld vanuit de thuissituatie bij een acute mobiliteitsstoornis of afname van zelfredzaamheid na een geriatrisch assessment;
- u heeft geen recht op geriatrische revalidatie als u voorafgaand aan de behandeling in het ziekenhuis of ZBC was opgenomen in een Wlz-instelling en u daar behandeling op grond van de Wlz heeft ontvangen;
- onderdeel van de geriatrische revalidatie zijn ook geneesmiddelen, hulpmiddelen en paramedische hulp. Deze kosten (als onderdeel van de geriatrische revalidatie) kunnen in dat geval niet apart in rekening worden gebracht tijdens de behandeling.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 9 Orgaantransplantaties

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van:
- transplantaties van weefsels en organen als de transplantatie is verricht in een EU- en EER-staat of in een andere staat als de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van u 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 aan 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 of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige bullet. Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor;

- 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. Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 10 Dialyse

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van, bij niet-klinische dialyse via hemodialyse of peritoneaaldialyse alsmede de hiermee in verband houdende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum:
- 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.

In het geval van thuisdialyse gelden, naast bovengenoemde aanspraken, ook:
- 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;
- vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

In het geval van thuisdialyse gelden, naast bovengenoemde aanspraken, ook (betaald uit de DBC medisch-specialistische zorg):
- 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 noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- 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 schriftelijk toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid, waarbij nadere (administratieve) voorwaarden kunnen worden gesteld.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 11 Mechanische beademing

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van 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;
- vergoeding van stroomkosten in geval van zuurstofapparatuur.

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

Welke kosten worden niet vergoed?
Verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing, binnen dit artikel.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van 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

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van 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 dient sprake te zijn van een verwijzing door een huisarts of medisch specialist.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 14 Erfelijkheidsadvies

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van:
- de centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door een centrum voor erfelijkheidsadvies. 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 als noodzakelijk voor het advies aan de verzekerde.

Wat zijn de voorwaarden?
De hulp dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsadvies met een vergunning voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering 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 of medisch specialist.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 15 Audiologische zorg

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van 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 als 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, bedrijfsarts, kinderarts, jeugdgezondheidszorgarts of keel-, neus- en oorarts (KNO-arts).

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 16 Vruchtbaarheid gerelateerde zorg

16.1 IVF

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van de eerste drie IVF-pogingen per te realiseren zwangerschap, per behandelde vrouwelijke verzekerde (inclusief de medicatie en de opslag van de embryo's hiervoor).

Wat zijn de voorwaarden?
- er dient sprake te zijn van een medische indicatie;
- de vrouwelijke verzekerde dient jonger te zijn dan 43 jaar bij aanvang van de poging;
- een verzekerde van 43 jaar of ouder bij wie de IVF-poging al is gestart voordat de verzekerde de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt, heeft recht op afronding van die poging;
- als de vrouwelijke verzekerde jonger is dan 38 jaar wordt er maximaal één embryo teruggeplaatst bij de eerste en tweede poging;
- als de vrouwelijke verzekerde een leeftijd heeft tussen de 38 en 42 jaar kunnen twee embryo's teruggeplaatst worden, als dat om medische redenen aangewezen is;
- de behandeling dient plaats te vinden in een IVF-centrum met een vergunning voor de toepassing van IVF op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv);
- de opslag van embryo's wordt alleen vergoed wanneer de individuele verzekerde recht heeft op vergoeding van een IVF- of ICSI-behandeling ten laste van haar zorgverzekering;
- voor ICSI-behandeling wordt voldaan aan de criteria opgenomen in de richtlijn Subfertiliteit.

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

Welke kosten worden niet vergoed?
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 als 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?
- als 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 en spreken we na tenminste negen weken en drie dagen van een doorgaande zwangerschap).

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

16.2 Overige vruchtbaarheid gerelateerde zorg

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van vruchtbaarheid gerelateerde zorg, niet zijnde een IVF-poging.

Wat zijn de voorwaarden?
- er dient sprake te zijn van een medische indicatie;
- de vrouwelijke verzekerde dient jonger te zijn dan 43 jaar.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 17 Paramedische zorg

17.1 Fysiotherapie en oefentherapie

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van fysiotherapie en oefentherapie zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, voor zover deze zorg (para)medisch noodzakelijk is.

Bent u jonger dan 18 jaar?

U heeft alleen recht op:
- behandeling van een aandoening die staat in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) vanaf de eerste behandeling. Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van een aantal chronische aandoeningen beperkt is volgens deze lijst;
- maximaal negen behandelingen per aandoening per kalenderjaar voor aandoeningen die niet in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) staan. Bij ontoereikend resultaat, heeft u recht op maximaal negen extra behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

Let op: Op het moment dat u 18 jaar wordt, geldt de aanspraak voor 18 jaar of ouder en wordt de behandeling van een aandoening die staat op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) pas weer vanaf de 21e behandeling na uw 18e verjaardag vergoed.

Bent u 18 jaar of ouder?

U heeft alleen recht op zorg in de volgende gevallen/bij de volgende aandoeningen:
- aandoening op Chronische Lijst: behandeling van een aandoening die staat in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst), vanaf de 21e behandeling. Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van een aantal chronische aandoeningen beperkt is volgens deze lijst;
- bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie: maximaal negen behandelingen bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie;
- een valpreventieve beweeginterventie: voor verzekerden met een hoog valrisico de preventieve beweeginterventie OTAGO (individueel of in een groep) of ‘In Balans’, wanneer uit de valrisicotest blijkt dat u een hoog valrisico heeft en uit de valrisicobeoordeling blijkt dat er door onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen een indicatie is voor een preventieve beweeginterventie op het niveau van een fysiotherapeut en onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut. Deze zorg omvat ten hoogste één valpreventieve beweeginterventie per twaalf maanden;
- claudicatio intermittens: tot maximaal 37 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal twaalf maanden bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (claudicatio intermittens/etalagebenen);
- artrose: vergoeding voor ten hoogste twaalf behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van het heup- of kniegewricht gedurende maximaal twaalf aaneengesloten maanden;

- COPD (chronisch obstructieve longziekte): vergoeding voor behandelingen oefentherapie COPD, indien sprake is van stadium II (matig COPD) of hoger volgens de GOLD Classificatie voor spirometrie.
- Reumatoïde artritis en axiale spondyloartritis: langdurige persoonlijke actieve oefentherapie onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut voor verzekerden met reumatoïde artritis of axiale spondyloartritis waarbij sprake is van ernstige functionele beperkingen.

Bijlage 1 Besluit zorgverzekering

Bepaalde aandoeningen komen voor op Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering, ook wel de Chronische Lijst genoemd. Aandoeningen die op deze lijst staan zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Uw fysiotherapeut weet of uw aandoening op deze lijst staat. U vindt de lijst ook op www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden of u kunt hem bij ons opvragen.

Handelingen en materialen

In sommige gevallen verricht de therapeut handelingen zoals shockwave, dry needling of echografie. Deze handelingen zijn onderdeel van de behandeling en mag de fysiotherapeut en/of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen.

De kosten van tijdens de behandeling verstrekte materialen, zoals (hulp-)verbandmiddelen, zijn onderdeel van de behandeling en mag de fysiotherapeut of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen. Kosten voor het maken en aanmeten van een hand/pols spalk mag de fysiotherapeut (ook wel handtherapeut genoemd wanneer deze gespecialiseerd is in hand/pols klachten) niet apart bij u in rekening brengen; vergoeding van deze kosten verloopt via specifieke behandelingen waarin de kosten voor werkzaamheden rondom de spalken zijn opgenomen.

Extra vergoeding in aanvullende verzekering

Worden uw eerste twintig behandelingen fysiotherapie of oefentherapie niet vergoed? Dan kunt u de eerste twintig behandelingen (gedeeltelijk) vergoed krijgen vanuit onze aanvullende verzekeringen. Zorg en Zekerheid biedt in alle 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 fysiotherapie. Zie voor meer informatie www.zorgenzekerheid.nl/zorgverzekeringen.

Wat zijn de voorwaarden?

a. De volgende voorwaarden gelden met betrekking tot de zorgverlener:
   - de zorg wordt geleverd door een (verbijzonderd) fysiotherapeut of (verbijzonderd) oefentherapeut. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut;
   - de (verbijzonderd) fysiotherapeut moet voor de betreffende (verbijzonderde) fysiotherapie geregistreerd staan in het Individueel Register Fysiotherapie Nederland of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register. Deze registratie is vastgelegd in het Vektis AGB-register;
   - de (verbijzonderd) oefentherapeut moet voor de betreffende (verbijzonderde) oefentherapie geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (status kwaliteitsgeregistreerd); de registratie is vastgelegd in het Vektis AGB-register;
   - de huidtherapeut moet voor de betreffende (verbijzonderde) huidtherapie geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd); de registratie is vastgelegd in het Vektis AGB-Register;
   - komt u in aanmerking voor gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) door perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 (claudicatio intermittens) en/of voor fysiotherapie bij COPD? Dan moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut voor respectievelijk claudicatio intermittens en/of COPD aangesloten zijn bij Chronisch ZorgNet en als zodanig bij Zorg en Zekerheid bekend zijn door middel van een registratie in het Vektis AGB-register;
   - wordt u behandeld voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen? Dan moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ParkinsonNet en als zodanig bij Zorg en Zekerheid bekend zijn door middel van een registratie in het Vektis AGB-register;
   - komt u in aanmerking voor een valpreventieve beweeginterventie? Dan dient uw fysiotherapeut of oefentherapeut te beschikken over een geldige licentie voor de betreffende interventie. Deze licentie dient als zodanig bij Zorg en Zekerheid bekend te zijn door middel van een registratie in het Vektis AGB-register.
   - De groepsinterventies In Balans en OTAGO dienen te voldoen aan de criteria voor vergoeding binnen de ZVW als geschetst in de notitie ‘Valpreventieve beweeginterventies binnen de ZVW’ van Veiligheid NL;
   - wordt u behandeld voor reumatoïde artritis of aixiale spondyloartritis waarbij sprake is van ernstige functionele beperkingen? Dan moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut de hiervoor ontwikkelde scholingsmodules hebben gevolgd. Deze kwalificatie dient als zodanig bij Zorg en Zekerheid bekend te zijn door middel van een registratie in het Vektis AGB-register;
   - wordt er voor u een spalk gemaakt en wordt deze bij u aangemeten? Dan moet uw fysiotherapeut beschikken over een Nederlands Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) van de Nederlandse Vereniging voor Handtherapie (NVHT) en dient de fysiotherapeut als zodanig vermeld te zijn op de website van de NVHT.

b. De volgende voorwaarden gelden voor het aantal behandelingen:
   - start u met een nieuwe behandeling bij een fysiotherapeut? Dan zal de fysiotherapeut eerst onderzoeken wat u precies heeft en welke behandeling u nodig heeft. Dit telt als één behandeling. Als de fysiotherapeut u vervolgens daadwerkelijk behandelt, telt dit ook weer als één behandeling. Daardoor kunnen er twee behandelingen gedeclareerd worden bij een eerste bezoek aan de fysiotherapeut;
   - alle behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tellen mee. Dit geldt ook voor telefonische (of videobel) zittingen en voor poliklinische behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

c. Groepsbehandeling: als u behandelingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele behandelingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele behandelingen ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting of voor individuele behandelingen die worden gegeven naast een valpreventieve beweeginterventie in groepsverband;

d. Indicatiecriteria verbijzonderde fysiotherapie: bij manuele fysiotherapie, kinderfysiotherapie, oedeemtherapie, bekkenfysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie of geriatrie fysiotherapie geldt dat er sprake moet zijn van een aandoening die is opgenomen in de domeinomschrijving/richtlijn/criteriumlijst van de betreffende beroepsvereniging (respectievelijk NVMT, NVFK, NVFL, NVFB, NFP en NVFG) en er moet tevens worden voldaan aan de daarin gestelde indicatiecriteria. Als de aandoening of de gestelde indicatie daarbuiten valt, worden de kosten voor reguliere fysiotherapie vergoed, mits wordt voldaan aan de daaraan gestelde eisen.

Heb ik een verwijzing nodig?

Heeft u een aandoening die staat op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) of gaat u behandeld worden voor bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie, claudicatio intermittens Fontaine II, COPD Gold klasse II of hoger, of voor reumatoïde artritis of axiale spondyloartritis waarbij sprake is van ernstige functionele beperkingen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van de behandelend arts, de verpleegkundig specialist of de physician assistant. Ook volstaat een bewijs van diagnose met daarop de volgende gegevens: uw naam, de naam van de arts die de diagnose heeft gesteld en een duidelijke omschrijving van de diagnose. Voor andere dan de hierboven genoemde aandoeningen kunt u zonder verwijzing naar een fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit noemen wij directe toegankelijkheid.

Voor de valpreventieve beweeginterventie heeft u een schriftelijke verwijzing nodig van de behandelend huisarts of specialist ouderengeneeskunde.

Bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

17.2 Ergotherapie

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van ergotherapie zoals ergotherapeuten die plegen te bieden gedurende maximaal tien 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 moet worden uitgevoerd door een ergotherapeut;
- de ergotherapeut of de gespecialiseerde ergotherapeut, zoals een handergotherapeut of kinderergotherapeut, moet voor de betreffende (verbijzonderde) ergotherapie geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd). Deze registratie staat vastgelegd in het Vektis AGB-register;
- de ergotherapie heeft als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen;
- alle behandelingen eerstelijns ergotherapie tellen mee in het genoemde maximum aantal behandeluren. Dit geldt ook voor telefonische (of videobel) zittingen en voor (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling;
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw ergotherapeut is aangesloten bij ParkinsonNet. Deze registratie staat vastgelegd in het Vektis AGB-register;

- wordt er voor u een spalk gemaakt en wordt deze bij u aangemeten? Dan moet uw ergotherapeut beschikken over een Nederlands Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) via de Nederlandse Vereniging voor Handtherapie (NVHT) én dient de ergotherapeut als handergotherapeut geregistreerd te staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd). Deze registratie als handergotherapeut staat vastgelegd in het Vektis AGB-register.

Kosten voor het maken en aanmeten van een hand/pols spalk mag de ergotherapeut (ook wel handtherapeut genoemd) niet apart bij u in rekening brengen; vergoeding van deze kosten verloopt via specifieke behandelingen waarin de kosten voor werkzaamheden rondom de spalken zijn opgenomen. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Heb ik een verwijzing nodig?
- bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar;
- in andere situaties is de ergotherapeut direct toegankelijk.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

17.3 Logopedie

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van logopedie zoals logopedisten die plegen te bieden.

Wat zijn de voorwaarden?
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een logopedist;
- de behandeling moet een geneeskundig doel dienen;
- de logopedist moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd). Deze registratie staat vastgelegd in het Vektis AGB-register;
- in geval van een behandeling voor afasie, preverbale logopedie, stotteren, integrale zorg stotteren of een Hanen-ouderprogramma, dan moet de behandeling worden uitgevoerd door een logopedist die voor de betreffende specialisatie staat ingeschreven in het kwaliteitsregister van de Nederlandse Vereniging Logopedie en Foniatrie. Deze registratie staat vastgelegd in het Vektis AGB- register;
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw logopedist is aangesloten bij ParkinsonNet. Deze registratie staat vastgelegd in het Vektis AGB-register.

Heb ik een verwijzing nodig?
- bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar;
- in andere situaties is de logopedist direct toegankelijk.

Welke kosten worden niet vergoed?
- onder logopedische behandeling wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen die verband houden met dialect en/of anderstaligheid. Wanneer er alleen een achterstand is in het Nederlands, en dit is de tweede taal, dan is er geen sprake van een ontwikkelingsstoornis, maar van het leren van de tweede taal. Dit wordt niet vergoed;
- logopedische behandelingen gegeven als logopedische ondersteuning binnen het onderwijs komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- als u behandelingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele behandelingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere logopedist. Dit geldt niet wanneer de individuele behandelingen ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

17.4 Diëtetiek

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van diëtetiek zoals diëtisten die plegen te bieden met een medisch doel, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

> Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering voor mensen met ondervoeding of overgewicht. Kijk voor meer informatie op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij preventieve cursussen.

Wat zijn de voorwaarden?
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een diëtist;
- de diëtist moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd). Deze registratie staat vastgelegd in het Vektis AGB-register;
- alle behandelingen diëtetiek tellen mee in het genoemde maximum aantal behandeluren. Dit geldt ook voor telefonische (of videobel) zittingen en voor (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling;
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw diëtist is aangesloten bij ParkinsonNet. Deze registratie staat vastgelegd in het Vektis AGB-register.

Heb ik een verwijzing nodig?
- bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar;
- in andere situaties is de diëtist direct toegankelijk.

Welke kosten worden niet vergoed?
Diëtetiek voor de indicatie diabetes, astma, COPD of CVRM (Cardiovasculair Risico Management) kan onderdeel uitmaken van multidisciplinair gecoördineerde ketenzorg, die wordt ingekocht bij een zorggroep of samenwerkingsverband. Als u voor één van deze indicaties diëtetiek via de multidisciplinair gecoördineerde ketenzorg ontvangt, dan valt dit onder de aanspraak ketenzorg in artikel 24. Voor dezelfde indicatie of voor aan deze indicatie gerelateerde problematiek heeft u dan geen recht op de bovengenoemde drie behandeluren diëtetiek.

> Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

17.5 Elektrische epilatie of laserbehandeling bij transgenders

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van elektrische epilatie en/of laserbehandeling van de baard (gezicht en hals).

Welke kosten worden niet vergoed?
U heeft geen recht op epilatie van romp en ledematen.

Wat zijn de voorwaarden?
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een daartoe bevoegde huidtherapeut;
- de behandeling moet onderdeel zijn van een multidisciplinaire behandeling;
- de huidtherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd). Deze registratie staat vastgelegd in het Vektis AGB-register.

Heb ik een verwijzing nodig?
Voor deze zorg heeft u een verwijzing nodig van uw behandelend medisch specialist.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Voor de vergoeding van meer dan in totaal tien sessies elektrische epilatie en/of laserbehandeling voor transgenders moet de behandelaar vooraf schriftelijke toestemming vragen aan Zorg en Zekerheid.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 18 Mondzorg

18.1 Algemene bepalingen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:
- zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, als het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is;
- de mondzorg kan worden verleend door een wettelijke daartoe bevoegde en bekwame zorgverlener zoals een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist.

Welke kosten worden niet vergoed?

- 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;
- vervanging of reparatie van de prothese al dan niet op implantaten ten gevolge van onzorgvuldig gebruik.

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.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

18.2 Mondzorg tot 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:
a. periodieke controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar, tenzij tandheelkundig meer keren per jaar nodig zijn;
b. incidenteel tandheelkundig consult;
c. tandsteen verwijderen;
d. fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen (grotemensentanden en -kiezen): maximaal twee keer per jaar, tenzij meer keren per jaar nodig is;
e. aanbrengen van fissuurlak (sealing);
f. parodontale hulp (weefsel dat de tand of kies in de kaak bevestigt);
g. verdoving (anesthesie);
h. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp), met uitzondering van uitwendig bleken;
i. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
j. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
k. chirurgische tandheelkundige hulp door een tandarts of een kaakchirurg, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
l. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
m. uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit).

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Nee, voor verzekerden tot 18 jaar is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Welke kosten worden niet vergoed?

- kroon- en brugwerk;
- orthodontie met uitzondering van artikel 18.4;
- het plaatsen van myofunctionele apparatuur en het consult myofunctionele therapie;
- cosmetische tandheelkundige behandelingen (K-codes);
- het verwijderen van het lipbandje of tongriempje (frenulotomie) bij zuigelingen (tot en met 12 maanden) wanneer dit niet wordt uitgevoerd door een kinderarts.

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 als het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor:
- aanbrengen van fissuurlak (sealing) bij melkelementen;
- het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 18.2 onder k als het een extractie onder narcose of een osteotomie betreft;
- prestaties opgenomen op de meest recente versie van de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie. Deze is te vinden op de website via www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden;
- het maken en beoordelen van een kaakoverzichtsfoto;
- het maken en beoordelen van een meerdimensionale kaakfoto;
- als de volledige prothese (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen;
- parodontale hulp (weefsel dat de tand of kies in de kaak bevestigt);
- behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- wanneer meer dan 1 uur per jaar aan preventieve voorlichting en/of evaluatie van preventie nodig is;
- wanneer meer dan 1,5 uur gebitsreiniging per jaar nodig is.

De zorgverlener dient de aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een motivatie van de zorgverlener (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een behandelplan en een begroting van de kosten.

De toestemming kan worden ingetrokken als:
- 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

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:
a. chirurgische tandheelkundige hulp, uitgevoerd door een kaakchirurg, en het daarbij behorende röntgenonderzoek. Hieronder vallen niet: parodontale chirurgie (tandvleesbehandelingen), het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties (kiezen trekken als dat ook door de tandarts gedaan kan worden);
b. uitneembare volledige gebitsprothesen (kunstgebitten) voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten (daartoe behoort ook het aanbrengen van de mesostructuur; drukknop of steg).

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?

Voor de gebitsprothesezorg gelden de volgende eigen bijdragen:
- 25% van de kosten voor de volledige gebitsprothese, niet op implantaten;
- 10% van de kosten voor een reparatie of een rebasing van de (implantaatgedragen) gebitsprothese;
- 10% van het gemachtigde tarief voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de onderkaak;
- 8% van het gemachtigde tarief voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de bovenkaak.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor:
- het tot gelding brengen van de aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder a, als het een extractie onder narcose of een osteotomie betreft;
- prestaties opgenomen in de meest recente versie van de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie. Deze is te vinden op de website via www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden;

- het tot gelding brengen van de zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder b, als de volledige prothese (al dan niet op implantaten) met uitzondering van een immediaatprothese binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen. Een gebruikstermijn van vijf jaar is indicatief en niet bepalend voor het recht van de verzekerde op standaard vervanging van de prothese na vijf jaar;
- het maken en beoordelen van meerdimensionale kaakfoto's;
- het maken en beoordelen van kaakoverzichtsfoto's;
- alle zorg voor de mesostructuur (drukknop of steg) en/of een prothese op implantaten, waarbij de zorgverlener handelt volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Orale Implantologen (NVOI);
- het plaatsen van implantaten door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
- de volledige prothese op implantaten die ouder is dan vijf jaar moet door een niet-gecontracteerde tandarts of niet-gecontracteerde tandprotheticus aangevraagd worden.

De tandarts of de tandprotheticus dient de aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een behandelplan en een begroting van de kosten.

De toestemming kan worden ingetrokken als:
- 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

U kunt bijzondere mondzorg krijgen bij een ernstige aandoening waardoor u zonder die zorg uw tanden en kiezen niet voldoende kan gebruiken.

18.4.1 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige zorg als u:
- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of later gekregen afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft;
- een medische behandeling moet ondergaan, waarvan het resultaat mede afhankelijk is van tandheelkundige zorg.

U heeft hierbij (tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen) recht op narcose-of lachgasbehandelingen, wanneer dit een onderdeel is van een angstreductietraject.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen inclusief eventuele narcose- of lachgasbehandelingen wanneer dit onderdeel is van een angstreductietraject. De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient de tandarts in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Verzekerden van 18 jaar en ouder betalen een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou worden gebracht als geen sprake was van mondzorg in bijzondere gevallen.

18.4.2 Implantaten in een tandeloze kaak

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en als deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Wat zijn de voorwaarden?

Implantaten mogen alleen worden aangevraagd en geplaatst door een tandarts of kaakchirurg.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient de tandarts in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van

een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Verzekerden van 18 jaar en ouder betalen een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou worden gebracht als geen sprake was van mondzorg in bijzondere gevallen.

18.4.3 Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van orthodontische zorg als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of 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?
U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor toestemming aan Zorg en Zekerheid bevat ook een schriftelijke motivatie van de orthodontist of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

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 1.095 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:
- een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- in afwijking van het gestelde onder a tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

18.6 Tandheelkundige implantaten jonger dan 23 jaar

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van tandvervangende hulp met niet-plastische materialen (kronen en bruggen) alsmede tandheelkundige implantaten ter vervanging van:
- ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd, of;
- als direct gevolg van een ongeval ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden.

Wat zijn de voorwaarden?
- de verzekerde is jonger dan 23 jaar;
- de noodzaak van de zorg is vastgesteld voordat de verzekerde 18 jaar is geworden;
- er is geen sprake van “Mondzorg in bijzondere gevallen” zoals bedoeld in artikel 18.4.1.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient de tandarts in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie artikel 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Voor de behandeling is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

19.1 Farmaceutische zorg

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van farmaceutische zorg zoals apothekers die plegen te bieden. Deze zorg omvat de terhandstelling van geneesmiddelen en/of advies en begeleiding voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. De zorg wordt geleverd door de openbare apothekers, apotheekhoudende huisartsen, internetapotheek en overige medisch gespecialiseerde leveranciers (hierna: apotheker). Apothekers staan ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet. Sommige zorg, zoals een farmaceutisch consult of medicatie beoordelingsgesprek, wordt apart en dus naast de verstrekking van het geneesmiddel bij Zorg en Zekerheid in rekening gebracht. Voor geheel artikel 19 is het Reglement Farmaceutische zorg van kracht, u kunt deze vinden op www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Onder farmaceutische zorg valt:

- de terhandstelling van een geneesmiddel waar een recept voor vereist is en dat daadwerkelijk aan u is afgeleverd;
- de terhandstelling met een begeleidingsgesprek van een voor u nieuw geneesmiddel waarvoor een recept vereist is. Onder een nieuw geneesmiddel wordt verstaan: een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm dat niet eerder aan u ter hand is gesteld, of wanneer dit tenminste twaalf maanden voor het laatst aan u ter hand is gesteld;
- de terhandstelling van geneesmiddelen per inname-moment met één of meerweekse frequentie. Deze terhandstelling, bijvoorbeeld middels een medicijn- of baxterrol, heet geïndividualiseerde distributievorm (GDV). Het is alleen mogelijk wanneer het medisch en/of farmaceutisch noodzakelijk is om uw geneesmiddelen via GDV te ontvangen. Bij aanvang vindt er een intake plaats. Het gebruik en medische en/of farmaceutische noodzaak moet periodiek geëvalueerd worden en er dient een actueel totaal medicatieoverzicht inclusief innametijdstippen aan u (en/of uw mantelzorger) en arts verstrekt te worden. De apotheker en uw voorschrijver toetsen in dit kader of sprake is van noodzakelijke en doelmatige zorg;
- een instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een geneesmiddel waar een recept voor vereist is. Wij vergoeden de kosten van maximaal één instructie per hulpmiddel, met uitzondering van geconstateerd foutief gebruik;
- het medicatiebeoordelingsgesprek. De apotheker beoordeelt samen met u en uw voorschrijver uw chronisch receptplichtige geneesmiddelengebruik op basis van medische-, farmaceutische- en patiëntinformatie. Het is alleen mogelijk wanneer de apotheker het medisch en/of farmaceutisch noodzakelijk acht en voert dit in principe 1 keer per jaar uit. Het medicatiebeoordelingsgesprek is vrijgesteld van uw eigen risico;
- farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek wanneer daadwerkelijk een persoonlijk gesprek over de (gewijzigde) medicatie heeft plaatsgevonden tussen u en de verantwoordelijke zorgverlener;
- farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en in verband met ontslag uit het ziekenhuis indien er daadwerkelijk een persoonlijk gesprek heeft plaatsgevonden op het moment dat de behandeling in het ziekenhuis aanvangt of direct na stoppen van de behandeling;
- de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kan een prestatiebeschrijving vaststellen die afwijkt van de prestatiebeschrijvingen, die op grond van de wet (WMG) zijn vastgelegd in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg. Dit zijn de zogenaamde “facultatieve zorgprestaties” zoals het farmaceutisch consult. De facultatieve zorgprestaties worden uitsluitend vergoed wanneer daar een overeenkomst tussen Zorg en Zekerheid en de apotheker aan ten grondslag ligt, bijvoorbeeld binnen een zorgproject.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden. Artikel 1.5 is ook van toepassing op geneesmiddelen en terhandstellingsgesprek.

19.2 Geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

a. de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen zoals opgenomen in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en voor zover deze zijn aangewezen door Zorg en Zekerheid (zie onder b);

b. in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. Wij kiezen voor bepaalde werkzame stoffen een voorkeursgeneesmiddel. U heeft alleen recht op vergoeding van deze voorkeursgeneesmiddelen. U vindt een lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Deze lijst wordt maandelijks geactualiseerd. In de loop van 2027 kan Zorg en Zekerheid één of meer voorkeursgeneesmiddelen aanwijzen of veranderen. Welke voorkeursgeneesmiddelen dit betreft kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm dan het voorkeursgeneesmiddel vergoeden wij niet. Als een behandeling met een voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is, vermeldt uw arts 'medische noodzaak' op het recept. U heeft dan recht op een ander geneesmiddel zoals bepaald in dit artikel onder c.
c. bij uitzondering kan het voorkomen dat de behandeling met het aangewezen voorkeursgeneesmiddel voor u medisch niet verantwoord is. In dat geval kunt u op basis van medische noodzaak in aanmerking komen voor de vergoeding van het meest doelmatige, niet aangewezen geneesmiddel. Uw arts dient hiertoe op het recept te vermelden dat er sprake is van "medische noodzaak" en moet op verzoek van Zorg en Zekerheid de reden daarvan ook onderbouwen. Zo kan het zijn dat er aangetoond is dat bijvoorbeeld een hulpstof (niet de werkzame stof) in één of meerdere merkloze geneesmiddelen zodanige effecten bij u veroorzaakt, dat uw voorschrijver het voor u medisch niet verantwoord vindt om deze geneesmiddelen te gebruiken. Uw apotheker kiest dan op basis van het recept én de toelichting van uw arts welk meest doelmatige geneesmiddel aan u wordt meegegeven. Dat zal meestal een ander generiek (merkloos) geneesmiddel zijn. Indien Zorg en Zekerheid twijfelt aan de onderbouwing van de medische noodzaak zal deze contact opnemen met uw arts. Indien er bij de apotheker twijfel bestaat over de medische noodzaak, kan de apotheker door middel van het formulier 'Verzoek herbeoordeling medische noodzaak' contact opnemen met Zorg en Zekerheid voor een second opinion;
d. de vergoeding van geneesmiddelen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen (Bijlage 1A Regeling zorgverzekering) unieke geneesmiddelen (Bijlage 1B) en geneesmiddelen met extra wettelijke voorwaarden (Bijlage 2) die niet onder het voorkeursbeleid vallen;
e. de vergoeding van maagzuurremmers en zelfzorggeneesmiddelen bij chronisch gebruik, mits deze zijn opgenomen in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Deze geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door uw arts. Voor vergoeding moet u voldoen aan de volgende voorwaarden:
   - u bent langer dan zes maanden aaneengesloten op het betreffende geneesmiddel aangewezen;
   - u krijgt het betreffende geneesmiddel voorgeschreven om een chronische aandoening te behandelen;
   - het betreffende geneesmiddel is voor u geen nieuwe medicatie.

   De kosten van het gebruik van chronische zelfzorggeneesmiddelen voor de eerste vijftien dagen, waarover dit artikel gaat, komen voor uw eigen rekening. Het voorkeursbeleid is ook van toepassing op de vergoeding van deze geneesmiddelengroepen. Dit betekent dat Zorg en Zekerheid voor enkele groepen onderling uitwisselbare zelfzorggeneesmiddelen een voorkeursgeneesmiddel aanwijst. De overige geneesmiddelen binnen dezelfde groep met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm worden niet vergoed;
f. apotheekbereide geneesmiddelen op recept, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub a van de Geneesmiddelenwet, wanneer er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is en voor zover het rationele farmacotherapie is. Een apotheekbereiding kan door uw apotheek gemaakt worden of de apotheek bestelt deze bij een andere apotheek. In het laatste geval wordt het een doorgeleverde apotheekbereiding genoemd. Doorgeleverde bereidingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel vergoed wordt uit de basisverzekering en rationele farmacotherapie is vastgesteld en indien van toepassing wordt voldaan aan het volgende lid (sub g). Uw arts en apotheker worden hierover op de hoogte gesteld middels een lijst op www.znformulieren.nl;
g. doorgeleverde apotheekbereidingen conform lid b van dit artikel en vallend binnen een productcategorie met onderling uitwisselbare apotheekbereidingen;
h. een geneesmiddel zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, en bereid in Nederland bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning, voor zover het rationele farmacotherapie is;
i. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar zijn ingevoerd binnen Nederland en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
j. een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, dat in de handel is in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland is gebracht (geïmporteerd geneesmiddel), indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een in Nederland geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet. U heeft alleen recht op vergoeding van geïmporteerde geneesmiddelen wanneer deze door Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zijn goedgekeurd;
k. een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet.

Wat zijn de voorwaarden?

a. tenzij Zorg en Zekerheid anders heeft afgesproken met een apotheker, dienen de geneesmiddelen te zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en dienen deze ter hand gesteld te worden door een apotheker;

b. Zorg en Zekerheid kan de lijst met voorkeursgeneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U kunt de meest recente lijst vinden in het Reglement Farmaceutischezorg op www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. De voorkeursgeneesmiddelen vallen niet ten laste van uw verplicht en vrijwillig eigen risico. Voor de dienstverlening van de apotheek geldt het eigen risico wel. Dit zijn bijvoorbeeld de kosten voor de terhandstelling van een geneesmiddel en de begeleiding bij het gebruik van nieuwe geneesmiddelen;
c. gebruikt u vanwege 'medische noodzaak' een ander geneesmiddel dan het voorkeursgeneesmiddel of indien het voorkeursgeneesmiddel niet beschikbaar is ('logistieke noodzaak' bij bijvoorbeeld geneesmiddelentekorten) dan komen de geneesmiddelen wel ten laste van uw eigen risico. Gebruikt u een ander geneesmiddel dan het voorkeursgeneesmiddel dan dient de apotheek dit rechtstreeks bij Zorg en Zekerheid te declareren. U hoeft deze geneesmiddelen niet zelf in de apotheek te betalen;
d. voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en is mogelijk vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. De voorwaarden ten aanzien van de geneesmiddelen in Bijlage 2 en de betreffende formulieren kunt u terug vinden via www.znformulieren.nl. Voor geneesmiddelen vallend onder Bijlage 2 groep 4, gelden eigen voorwaarden van Zorg en Zekerheid en wordt vermeld in het Reglement Farmaceutische Zorg. Uw voorschrijvend arts is verantwoordelijk voor het invullen van de artsenverklaring. Aan de hand van een ingevulde artsenverklaring door uw voorschrijver, toetst de apotheek direct of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. De artsenverklaring dient u tegelijk met het recept bij de apotheek af te geven. Indien vooraf toestemming is vereist zal uw voorschrijver toestemming voor behandeling aan Zorg en Zekerheid vragen;
e. per voorschrift van een geneesmiddel bestaat slechts aanspraak op farmaceutische zorg voor een periode van:
    - maximaal vijftien dagen of de kleinste handelsverpakking bij aanvang van een nieuw geneesmiddel. Dit is ook van toepassing voor antidepressiva en ADHD geneesmiddelen;
    - minimaal drie maanden en maximaal twaalf maanden voor vervolguitgiften indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten (te bepalen door de voorschrijver) die niet meer kosten dan € 1.000,- inclusief btw per maand. Dit is ook van toepassing voor antidepressiva en ADHD geneesmiddelen;
    - maximaal één maand voor vervolguitgiften indien het een geneesmiddel betreft dat is opgenomen in de Opiumwet zoals opioïden, benzodiazepinen, hypnotica;
    - maximaal één maand indien de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1.000,- inclusief btw (dure geneesmiddelen) bedragen of de kleinste handelsverpakking indien de kosten per handelsverpakking meer dan € 1.000,- inclusief btw bedragen, tenzij anders is overeengekomen met de apotheker. Voor deze groep dure geneesmiddelen geldt dat na de instelperiode van zes maanden de geneesmiddelen voor maximaal drie maanden meegegeven kunnen worden;
    - maximaal zes maanden indien u verblijft in het buitenland. Uitzondering hierop is de groep dure geneesmiddelen en de levering in medicijnrol (GDV), hiervoor geldt een maximale duur van drie maanden na een instelperiode van zes maanden. Voor dure geneesmiddelen en levering in GDV geeft Zorg en Zekerheid uitsluitend na goedkeuring van een machtigingsaanvraag voor maximaal zes maanden toestemming voor vergoeding;
    - maximaal twaalf maanden indien het orale anticonceptiva betreft. Indien u voor de eerste maal orale anticonceptiva gebruikt, is de maximale termijn drie maanden;
    - voor het gebruik van insuline heeft u alleen de eerste keer een recept nodig. Bij wisseling van insuline heeft u een nieuw recept nodig;
    - in principe maximaal vijftien dagen bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg na ziekenhuisopname en/of tijdens palliatieve en terminale fase). Er kan ook in overleg tussen verzekerde, (huis)arts, wijkverpleegkundige en apotheker een maatwerkafspraak worden gemaakt;
    - minimaal twee weken wanneer het een terhandstelling in een geïndividualiseerde distributievorm (GDV) betreft, tenzij er een medische en/of farmaceutische noodzaak is om hierop af te wijken.

Redenen om geneesmiddelen voor een kortere periode te leveren zijn beperkte houdbaarheid van het geneesmiddel of het geneesmiddel is beperkt beschikbaar (bijvoorbeeld bij geneesmiddelentekorten).

Welke kosten worden niet vergoed?

a. u heeft geen recht op farmaceutische zorg die geen verzekerde zorg is zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering;
    - voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroepen;
    - advies farmaceutische zelfzorg;
    - advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
    - advies ziekterisico bij reizen;
    - preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties.
b. geneesmiddelen voor (klinisch)onderzoek zoals bedoeld in artikel 40, lid 3, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
c. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet door VWS is aangewezen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
d. geneesmiddelen als bedoeld in art 40, lid 3, onder f van de Geneesmiddelenwet;
e. geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties die bij Regeling zorgverzekering zijn uitgesloten;
f. de vergoeding van sommige combinatieproducten. Een combinatieproduct bevat meerdere werkzame stoffen in een toedieningsvorm (tablet/inhalator). Dan worden in dit geval alleen de losse geneesmiddelen van de betreffende werkzame stoffen (bijvoorbeeld in aparte tabletten) vergoed. Gedurende het jaar kan Zorg en Zekerheid wijzigingen doorvoeren, deze zijn te vinden in het Reglement Farmaceutische zorg op de website op www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden;

g. de additionele vergoeding van transport- en verzendkosten indien een geïmporteerd geneesmiddel is opgenomen in de landelijke prijslijst (G-standaard van de Z-Index). Bij importgeneesmiddelen mét registratie opgenomen in deze landelijke prijslijst zijn de transport-en/of verzendkosten verdisconteerd in de apotheekinkoopprijs (AIP).

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en mogelijk een toestemmingsvereiste van de zorgverzekeraar. Deze informatie is te vinden op www.zorgenzekerheid.nl/geneesmiddelen;
- voor geneesmiddelen vallend in groep 4 Bijlage 2 die gedurende het jaar worden toegevoegd aan Bijlage 2 geldt een toestemmingsvereiste van Zorg en Zekerheid vanwege het stellen van bijkomende voorwaarden. Wanneer toestemming nodig is vermelden wij dit in het Reglement Farmaceutische Zorg op onze website;
- voor de vergoeding van een geïmporteerd geneesmiddel dat niet is opgenomen in de landelijke prijslijst (G-standaard van de Z-Index) en waarvoor een IGJ-toestemming op apohteekniveau nodig is geldt een toestemmingsvereiste (machtiging) van Zorg en Zekerheid;
- voor de vergoeding van dure geneesmiddelen en de levering in medicijnrol (GDV) zoals bedoeld in artikel 19.2 onder ‘wat zijn de voorwaarden’ sub C, heeft u toestemming nodig wanneer u langer dan 3 maanden in het buitenland verblijft. Zorg en Zekerheid geeft uitsluitend na machtiging toestemming voor vergoeding voor een periode van maximaal 6 maanden;
- voor het starten van een GDV met 1 tot 4 geneesmiddelen is vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Daarbij stelt de minister ook de maximale vergoedingsprijs per geneesmiddel vast. Wanneer de prijs van het geneesmiddel hoger is dan deze maximale vergoedingsprijs, moet u het deel van de kosten boven het vastgestelde maximum zelf betalen. Dit deel is uw eigen bijdrage en is gemaximeerd op € 250,- per kalenderjaar. De minister van VWS bepaalt of er een maximum geldt of dat de hoogte van het maximum wordt gewijzigd, hetgeen gevolgen heeft voor uw eigen bijdrage. De kosten van de eigen bijdrage van geneesmiddelen boven € 250,- worden door Zorg en Zekerheid vergoed. De eigen bijdrage telt niet mee voor het verplicht of vrijwillig eigen risico. Als uw verzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij de eigen bijdrage naar rato van het aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar loopt.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

19.3 Dieetpreparaten

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van dieetpreparaten (polymere, oligomere, monomere en modulaire) voor medisch gebruik en het daarbij behorende advies en de begeleiding wanneer u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding. Ter beoordeling hiervan dient:

- de behandelend medisch specialist of diëtist een artsenverklaring in te vullen, deze staan op www.znformulieren.nl; of
- de huisarts de indicatiecode B3 op het recept te vermelden.

Er wordt beoordeeld of u:

- een stofwisselingsstoornis, voedselallergie of resorptiestoornis heeft;
- jonger dan twee jaar bent, met een koemelkeiwitallergie, vastgesteld met een provocatietest;
- een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop heeft;
- op het dieetpreparaat bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

U heeft bij dieetdrinkvoeding voor medisch gebruik aanspraak op het volgende:

- een startpakket bij aanvang met daarin – indien dit therapeutisch mogelijk is – meerdere smaken en varianten voor maximaal twee weken. Wanneer de verbruiksperiode korter is dan twee weken, wordt de duur van het startpakket daarop aangepast;
- eventuele (automatische) vervolgafleveringen zijn voor maximaal één maand;
- de levering van dieetvoeding vindt plaats per stuk of per kleinste handelsverpakking;
- de aflevering van dieetpreparaten en/of toedieningssystemen inclusief toebehoren vindt binnen 24 uur na bestelling of conform de afspraak met uw leverancier plaats op uw huisadres.

Wat zijn de voorwaarden?

- op basis van het ingevulde ZN-formulier voor dieetpreparaten stelt de leverancier van de medische voeding vast dat aan de voorwaarden is voldaan. Indien de levering via de apotheek gaat, kunnen alleen de voorwaarden ten aanzien van dieetdrinkvoeding worden vastgesteld;
- sondevoeding dient enkel te worden geleverd door een medisch gespecialiseerde leverancier;

- voor de vergoeding van aangepaste zuigelingenvoeding bij koemelkallergie dient de eliminatie-provocatietest uitgevoerd te worden;
- aangepaste zuigelingenvoeding wordt alleen vergoed wanneer het landelijke ZN-formulier dieetpreparaten is ingevuld en/of de indicatiecode B3 is vermeld op het recept en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de gestelde voorwaarden is voldaan.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 20 Hulpmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De omvang van de aanspraak of vergoeding van hulpmiddelen wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen.

In het Reglement Hulpmiddelen zijn onder meer bepalingen te vinden over:
- het in eigendom dan wel in bruikleen verstrekken van het hulpmiddel;
- de eventueel benodigde verwijzing met vermelding van de indicatie en, indien een verwijzing nodig is, van wie deze verwijzing afkomstig moet zijn;
- de eventueel benodigde voorafgaande toestemming van Zorg en Zekerheid (met betrekking tot eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- de gebruikstermijn van het hulpmiddel;
- de maximale gebruiksnormen in het geval van verbruiksmiddelen;
- de maximale vergoedingen en wettelijke eigen bijdragen.

Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. Ook kunt u voor informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer 071 - 582 58 25 of maak een afspraak om langs te komen op ons servicepunt in Leiden.

Wat zijn de voorwaarden?

Het hulpmiddel moet noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, één en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid.

Welke kosten worden niet vergoed?
- 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 die voorgeschreven worden aan een verzekerde die behandeld wordt in een Wlz-instelling waar de verzekerde verblijft en die worden geacht noodzakelijk te zijn voor de zorg die deze instelling verleent.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 21 Ziekenvervoer

21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer wordt onderscheiden:
- ambulancevervoer, hiervan is sprake bij vervoer per ambulance, waarbij medische zorg onderweg noodzakelijk is;
- ziekenvervoer, hiervan is sprake bij vervoer per openbaar vervoer, (rolstoel)taxi of (eigen) auto waarbij medische zorg onderweg niet noodzakelijk is.

21.2 Ambulancevervoer

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij Zorg en Zekerheid schriftelijke toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?

Het betreft ambulancevervoer:

a. naar een ziekenhuis, een persoon bij wie of een zorginstelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
b. naar een zorginstelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven;
c. naar een persoon bij wie of een zorginstelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
d. vanuit een Wlz-instelling naar een ziekenhuis of andere zorgaanbieder:
   - bij wie of waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
   - voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt.
e. naar uw woning (of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen) indien u komt van een zorgaanbieder, zoals bedoeld onder a t/m d.

Wat moet ik nog meer weten?

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

21.3 Ziekenvervoer per openbaar vervoer, (rolstoel)taxi of (eigen) auto op medische indicatie

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer (openbaar vervoer in de laagste klasse), vervoer per (eigen) auto of (rolstoel)taxi. Het dient hierbij te gaan om ziekenvervoer van en naar een zorgaanbieder over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?

U komt uitsluitend in aanmerking voor ziekenvervoer als u voldoet aan een van de voorwaarden omschreven onder ‘Wat zijn de voorwaarden?’ in artikel 21.2 (met uitzondering van artikel 21.2.c) en als:

a. u nierdialyse moet ondergaan;
b. u oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
c. u naar en van consulten, onderzoek en controles moet gaan die voor de hierboven in sub a en b genoemde behandelingen noodzakelijk zijn;
d. u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op ziekenvervoer over een bepaalde afstand en/of met een bepaalde reistijd, en het niet verstrekken van dat vervoer voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Dit noemen wij de hardheidsclausule. Wanneer u voldoet aan de hardheidsclausule valt ook het ziekenvervoer voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling hieronder;
e. u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
f. uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. Dit wordt bepaald aan de hand van de richtlijnen van de beroepsgroep;
g. u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid (Intensieve kindzorg (IKZ));
h. u geriatrische revalidatiezorg ontvangt;
i. u dagbehandeling krijgt in een groep als onderdeel van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking. De basisverzekering vergoedt dit zorgprogramma als Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP).

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor ziekenvervoer per (rolstoel)taxi dient u vooraf schriftelijk toestemming te hebben verkregen van Zorg en Zekerheid. Daarvoor dient u het ziekenvervoer aan te vragen zoals omschreven in artikel 21.4;
- voor ziekenvervoer per openbaar vervoer, (rolstoel)taxi of (eigen) auto op basis van de hardheidsclausule dient u vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen, met een verklaring van de behandeld arts;
- als het ziekenvervoer per openbaar vervoer, (rolstoel)taxi of (eigen) auto niet mogelijk is kan aan Zorg en Zekerheid vooraf schriftelijk toestemming worden gevraagd voor ziekenvervoer door middel van een ander middel van vervoer;

- voor een tegemoetkoming in de kosten voor logeren heeft u vooraf schriftelijke toestemming nodig.

Wat moet ik nog meer weten?
- ziekenvervoer per openbaar vervoer, (rolstoel)taxi of (eigen) auto omvat tevens vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is, of als het de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar, betreft. Voor begeleiding bij ziekenvervoer per openbaar vervoer of (rolstoel)taxi is toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid vervoer van twee begeleiders toestaan;
- kosten voor openbaar vervoer (laagste klasse) worden vergoed op basis van de kortst gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de kortste route en de genoemde prijs voor de laagste klasse (tweede klasse) in 9292 (www.9292.nl);
- de vergoeding voor vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,43 per kilometer. Het aantal kilometers wordt berekend aan de hand van de 'snelste route' volgens de ANWB routeplanner (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner). Hierbij wordt geen rekening gehouden met spitsdrukte of incidenten. Er is geen vergoeding van de heen- of terugreis als de verzekerde zelf niet meereist;
- op verzoek van de verzekerde kan er een tegemoetkoming in de kosten voor logeren (maximaal € 97,- per nacht) verstrekt worden in plaats van een vergoeding voor ziekenvervoer. Een vergoeding voor logeren is uitsluitend mogelijk indien u voldoet aan de gestelde voorwaarden onder punt 21.3 en het ziekenvervoer van en naar een instelling ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig is. Voor de heen- en terugreis bestaat er bij logeren wel aanspraak op vergoeding van de kosten voor ziekenvervoer.

Om de doelmatigheid van het (rolstoel)taxivervoer te vergroten is het mogelijk dat u in combinatie met anderen wordt vervoerd. Om het ziekenvervoer zo aangenaam mogelijk te laten verlopen maken wij afspraken met onze vervoerder omtrent het gecombineerd vervoer (denk hierbij aan omrijdtijden en ophaaltijden).

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

21.4 Wijze van aanvragen ziekenvervoer

Hoe kan ik ziekenvervoer aanvragen?
Als u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 21.3 dan kunt u ziekenvervoer op de volgende manier aanvragen:
- u kunt toestemming aanvragen via het aanvraagformulier 'Ziekenvervoer' (www.zorgenzekerheid.nl/brochures). Als u toestemming heeft gekregen om gebruik te maken van een (rolstoel)taxi, dan kunt u het vervoer bestellen bij Zorgvervoercentrale Nederland (ZCN) via de ZCN Vervoer app of via telefoonnummer 010 - 280 81 82. Heeft u een spoedaanvraag? Dan kunt u eerst contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer 071 - 582 57 00;
- indien u op grond van de hardheidsclausule, zoals bedoeld in 21.3, in aanmerking wenst te komen voor ziekenvervoer dan kunt u hiervoor een aanvraag indienen met behulp van het aanvraagformulier 'Ziekenvervoer' (www.zorgenzekerheid.nl/brochures);
- u kunt toestemming aanvragen voor een tegemoetkoming in de kosten voor het logeren via het aanvraagformulier 'Logeervergoeding' (www.zorgenzekerheid.nl/brochures).

21.5 Eigen bijdrage ziekenvervoer

Moet ik een eigen bijdrage betalen?
Voor de kosten van ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van maximaal € 140,- per verzekerde per kalenderjaar. De eigen bijdrage geldt niet voor:
- het vervoer van en naar zorginstellingen die gefinancierd worden op grond van de zorgverzekering of de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg (Wlz). Het betreft het ziekenvervoer van de Wlz-instelling waar u bent opgenomen naar de zorginstelling waar u een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ondergaat, alsmede de terugreis naar uw Wlz-instelling;
- het vervoer van en naar instellingen die op grond van de bijzondere ziektekostenverzekering worden gefinancierd. Het betreft het vervoer van de Wlz-instelling waar u bent opgenomen naar een persoon of instelling waar u een tandheelkundige behandeling op grond van de bijzondere ziektekostenverzekering ondergaat, alsmede de terugreis naar uw Wlz-instelling;
- het vervoer zoals genoemd onder de eerste en tweede bullet is noodzakelijk omdat het specialistisch onderzoek, de specialistische behandeling of de tandheelkundige behandeling niet geboden kan worden in de Wlz-instelling waar u verblijft;
- de vergoeding van logeerkosten. Let op: voor het ziekenvervoer voor de heen- en terugreis bij logeren betaalt u wel de eigen bijdrage.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor de eigen bijdrage voor ziekenvervoer. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen in artikel 14.3.

21.6 Wijze van declareren ziekenvervoer of logeren

Hoe kan ik de kosten declareren?
Voor het achteraf declareren van de kosten als sprake is van openbaar vervoer, (eigen) auto of logeren, dient u het declaratieformulier 'vervoers- en logeerkosten' in te vullen. Bij dit declaratieformulier dient u de afsprakenkaart, en in het geval van openbaar vervoer, ook de nota's mee te sturen naar Zorg en Zekerheid. Op basis van deze gegevens wordt de aanspraak op ziekenvervoer en/of logeervergoeding getoetst.

Voor inzendtermijnen zie de voorwaarden onder 4.1 onder e. Voor vragen over ziekenvervoer of de logeervergoeding kunt u contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer 071 - 582 58 25.

Artikel 22 Buitenland

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van (naar keuze):
- zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland;
- vergoeding van de kosten voor zorg in het buitenland verleend door een niet-gecontracteerde buitenlandse of Nederlandse zorgaanbieder. De hoogte van de vergoeding wordt beperkt overeenkomstig Rubriek A onder artikel 1.5. Als u toestemming van ons heeft gekregen voor de behandeling, krijgt u maximaal 100% van het Wmg- (maximum)tarief vergoed. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- spoedeisende zorg: dit is medisch noodzakelijke zorg in het buitenland binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht, die wordt geleverd door een buitenlandse of Nederlandse zorgaanbieder en redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar het woonland. U krijgt bij spoedeisende zorg in het buitenland een vergoeding van de kosten tot maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg- (maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- zorg in het buitenland door een buitenlandse of Nederlandse zorgaanbieder waar u recht op heeft op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of een verdrag. De vergoeding van de kosten wordt ook geregeld door de EU-sociale zekerheidsverordening of het verdrag.

Let op: Het is mogelijk dat bijbetalingen van het betreffende land van toepassing zijn, bijvoorbeeld Belgische remgelden. Deze tellen wel mee voor het toepasselijke eigen risico of eigen bijdrage.

Wat zijn de voorwaarden?
- de zorg voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in deze polisvoorwaarden;
- de zorgaanbieder/zorgverlener is bevoegd de zorg te verlenen in het betreffende land;
- de verwijzing naar een zorgaanbieder/zorgverlener buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- voor nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld moet de verzekerde een vertaling, door een beëdigd vertaler, bijvoegen. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

Heb ik toestemming nodig?
Voor intramurale zorg (opname van tenminste één nacht) heeft u voorafgaande toestemming nodig.

Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van Geestelijke Gezondheidszorg zoals psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg is toegankelijk vanaf 18 jaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk of GGZ-instelling waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar ten minste en aantoonbaar voldoet aan de voor de complexiteit van de betreffende problematiek geldende (opleidings-)vereisten en (overige) competenties zoals in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (zie: www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut) is voorgeschreven;
- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk of GGZ-instelling waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar alle aan hem/haar opgelegde taken en verantwoordelijkheden vanuit het geldende Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ aantoonbaar en in zijn volledigheid uitvoert;
- bij een GGZ-instelling kan gebruik worden gemaakt van medebehandelaars. Een medebehandelaar is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder coördinatie van de regiebehandelaar uit te voeren;
- er moet sprake zijn van een GGZ-instelling waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar een aanmerkelijk aandeel in de behandeling en het zorgproces heeft;
- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar de behandeling en het zorgproces geheel of voor het grootste gedeelte zelf uitvoert;
- uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de lijst consult registrerende beroepen of in de lijst beroepen curatieve GGZ van Zorg en Zekerheid, kunnen taken als medebehandelaar vervullen. Beide lijsten kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten;
- de zorg wordt verleend in de praktijk of kliniek van de zorgaanbieder. Voor thuisbehandeling wordt een uitzondering gemaakt wanneer er sprake is van medische noodzaak;
- de zorgaanbieder beschikt over een geldig kwaliteitsstatuut op basis van het geldende ‘Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ’. Het ‘Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ’ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten van Zorginstituut Nederland. De zorgaanbieders dienen het kwaliteitsstatuut aan te leveren bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl en integraal en aantoonbaar na te leven;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen.
- voor behandeling met magnetische pulsen (rTMS) worden de volgende kwaliteitseisen gehanteerd:
  - de indicatie wordt gesteld door een rTMS-professional;
  - de behandeling wordt uitgevoerd door een rTMS-professional of een rTMS-technician;
  - de behandeling mag alleen plaatsvinden wanneer de zorgaanbieder op het moment van uitvoering beschikt over een geldige accreditatie van Stichting Hersenstimulatie.
- voor de indicatiestelling gelden de criteria uit de meest recente ZN-circulaire GGZ-therapieën.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor de Geestelijke Gezondheidszorg is een verwijzing noodzakelijk van één van de volgende zorgverleners:

- huisarts,
- bedrijfsarts;

Vanuit de medisch specialistische zorg:

- medisch specialist;
- physician assistant;
- verpleegkundig specialist;
- specialist ouderengeneeskunde;
- arts verstandelijk gehandicapten;
- straatdokter.

En bij doorverwijzing:

- de regiebehandelaar volgens het Landelijk Kwaliteitsstatuut 4.0.

Dit geldt niet voor acute zorg/crisiszorg.

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:

- persoonsgegevens van de verwezen patiënt;
- reden van verwijzing (diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn);
- waarnaar wordt verwezen;
- naam, functie en AGB-code verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

U moet beschikken over een geldige verwijzing, die niet ouder is dan negen maanden voor de datum van aanmelding bij de GGZ-aanbieder.

Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde zorgvraag is geen nieuwe verwijzing nodig, als de vervolgbehandeling binnen 365 dagen na einde van de eerdere behandeling aanvangt. Wanneer de behandeling langer dan 365 dagen wordt onderbroken, is er voor een vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig. Voor een nieuwe zorgvraag is altijd een nieuwe verwijzing nodig.

Wij volgen het ‘Verwijsafspraken Geestelijke Gezondheidszorg’ van het ministerie van VWS dd. 01 januari 2025. U kunt dit document vinden op www.zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten.

23.1 Ambulante geestelijke gezondheidszorg vanaf 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van ambulante geestelijke gezondheidszorg:

- in een vrije vestiging;
- in een GGZ-instelling;
- verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken kunnen gebruikmaken van de overgangsregeling indien voortzetting of afronding onder de Zorgverzekeringswet dient plaats te vinden. Als vanwege de opgebouwde behandelrelatie de patiënt/cliënt de zorg bij de bestaande (regie)behandelaar voort wenst te zetten maar dit wordt verhinderd door de verplichting voortvloeiend uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, kan deze patiënt/cliënt gebruik maken van de overgangsregeling. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:
  - de patiënt/cliënt is al in zorg bij de regiebehandelaar voor diens 18e verjaardag;
  - de regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ of BIG-register;
  - de voortzetting van de behandeling is gericht op afsluiting of overdracht;
  - de behandeling kent een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat de patiënt/cliënt 18 jaar wordt;
  - voor de voortzetting van deze behandeling gelden dezelfde randvoorwaarden als onder de Jeugdwet en beleidsregels voor de curatieve GGZ.

U heeft naast bovenstaand ook recht op het ‘verkennend gesprek’: een gesprek met hulpverleners uit het sociaal domein en geestelijke gezondheidszorg om te bepalen wat de hulpvraag is van mensen met psychische klachten die ook andere problemen hebben, zoals schulden of eenzaamheid. Doel is om mensen snel en op de juiste plek te helpen.

Aanbieders die alleen op basis van deze overgangsregeling zorg verlenen onder de Zorgverzekeringswet hebben geen verplichting om een Kwaliteitsstatuut op te stellen.

Welke kosten worden niet vergoed?

- een intelligentieonderzoek dat geen onderdeel uitmaakt van de geneeskundige behandeling;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen van niet-geneeskundige aard;
- orthopedagogische zorg;
- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit een diagnose volgens DSM-5;
- hulp bij overspanning en burn-out, tenzij dit voortvloeit uit een diagnose volgens DSM-5;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Interventies die niet door het Zorginstituut Nederland zijn beoordeeld, worden beoordeeld door Zorg en Zekerheid aan de stand van de wetenschap en praktijk. Leidraad hierbij is het advies van Zorgverzekeraars Nederland ‘Therapieën GGZ’ of opvolgend(e)/aanvullend(e) advie(s)(zen). Deze adviezen kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten;
- gespecialiseerde (verslavings)zorg waarbij resocialisatie het primaire doel betreft.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U dient vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. Om deze toestemming aan te vragen, stuurt de zorgverlener aan Zorg en Zekerheid, namens u:

a. een verwijsbrief van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts;
b. de indicatie (de onderbouwing dat u aangewezen bent op geestelijke gezondheidszorg) inclusief DSM-5- diagnose zoals vastgesteld door de indicerend regiebehandelaar;
c. het behandelplan zoals deze door de indicerend regiebehandelaar, in samenspraak met patiënt en eventuele medebehandelaars en geconsulteerde collega’s, is op- en vastgesteld, inclusief aantal behandelminuten en de uit te voeren activiteiten;
d. de zorgverleners en hun beroep, inclusief indicerend en/of coördinerend regiebehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
e. de zorgvraagtypering en de prestatiecode.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

23.2 Klinische geestelijke gezondheidszorg vanaf 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

- opname in een GGZ-instelling, een instelling voor specialistische verslavingszorg of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste drie jaar (1.095 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 drie jaar (1.095 dagen). Onderbrekingen wegens weekend- of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de drie jaar (1.095 dagen);
- psychiatrische behandeling 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;
- de opname is medisch noodzakelijk in het kader van de behandeling;
- verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken kunnen gebruikmaken van de overgangsregeling indien voortzetting of afronding onder de Zorgverzekeringswet dient plaats te vinden. Als vanwege de opgebouwde behandelrelatie de patiënt/cliënt de zorg bij de bestaande (regie)behandelaar voort wenst te zetten maar dit wordt verhinderd door de verplichting voortvloeiend uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, kan deze patiënt/cliënt gebruik maken van de overgangsregeling. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:
  - de patiënt/cliënt is al in zorg bij de regiebehandelaar voor diens 18e verjaardag;
  - de regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ of BIG register;
  - de voortzetting van de behandeling is gericht op afsluiting of overdracht;
  - de behandeling kent een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat de patiënt/cliënt 18 jaar wordt;
  - voor de voortzetting van deze behandeling gelden dezelfde randvoorwaarden als onder de Jeugdwet en beleidsregels voor de curatieve GGZ.

Aanbieders die alleen op basis van deze overgangsregeling zorg verlenen onder de Zorgverzekeringswet hebben geen verplichting om een Kwaliteitsstatuut op te stellen.

Welke kosten worden niet vergoed?

- gespecialiseerde (verslavings)zorg waarbij resocialisatie het primaire doel betreft;
- opname op basis van een sociale indicatie (bijvoorbeeld bij het niet beschikken over huisvesting).

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U dient vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat voor geestelijke gezondheidszorg met verblijf. Om deze toestemming aan te vragen, stuurt de zorgverlener aan Zorg en Zekerheid, namens u:

a. een verwijsbrief van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts;
b. de klinische opname-indicatie, die is vastgesteld door de indicerend regiebehandelaar;
c. het behandelplan zoals door de indicerend regiebehandelaar in samenspraak met patiënt en eventuele medebehandelaars en geconsulteerde collega's is op- en vastgesteld, inclusief aantal behandelminuten en de uit te voeren activiteiten;
d. de zorgverleners en hun beroep, inclusief indicerend en/of coördinerend regiebehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
e. de onderbouwing van de te declareren deelprestatie inclusief inzet VOV-personeel in relatie tot de stoornis;
f. de zorgvraagtypering en de prestatiecode.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 24 Ketenzorg

24.1 Ketenzorg

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van multidisciplinaire gecoördineerde zorg, ook wel ketenzorg genoemd, als u een specifieke chronische aandoening heeft.

Welke kosten worden niet vergoed?

Zelfmanagement(cursussen) niet door een huisarts of praktijkondersteuner gegeven vallen uitdrukkelijk niet onder de keten.

Wat zijn de voorwaarden?

De ketenzorg wordt geleverd bij een specifieke chronische aandoening (COPD, astma, CVRM en diabetes mellitus type 2). De huisarts is de hoofdbehandelaar en de zorg wordt door verschillende zorgverleners op een gecoördineerde wijze geleverd en is conform de vastgestelde zorgstandaard van de desbetreffende aandoening.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

24.2 Voetzorg buiten de keten

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van preventieve voetzorg zoals huisartsen die plegen te bieden aan verzekerden met een verhoogd risico op voetulcera. Deze zorg kan geleverd worden door podotherapeuten, registerpodologen, door medisch pedicures of door gespecialiseerde pedicures. Medisch of gespecialiseerde pedicures leveren de zorg in opdracht van een podotherapeut. Deze zorg kan zowel binnen de ketenzorg (artikel 24.1) als buiten de ketenzorg verleend worden.

Als u zelf vanuit gemaksoverweging kiest voor aanvullende zorg die niet in uw behandelplan is beschreven, zoals het knippen van gezonde nagels, het insmeren van voeten en dergelijke, dan moet u deze aanvullende zorg zelf betalen. U wordt door uw behandelaar altijd vooraf geïnformeerd voordat u zelf kosten maakt. Er is geen verplichting tot aanvullende zorg, dit is altijd uw eigen keuze.

Wat zijn de voorwaarden?

- er moet sprake zijn van medisch noodzakelijke zorg;
- er moet sprake zijn van een verhoogd risico op ontstaan van voetulcera, waarbij sprake is van een verminderd gevoel in de voet (verlies van protectieve sensibiliteit), problemen met de doorbloeding van de voet (perifeer arterieel vaatlijden), aanwijzigingen voor lokaal verhoogde kwetsbaarheid van de huid of tekenen van lokaal verhoogde druk. Dit kan veroorzaakt worden door:
  - diabetes mellitus;
  - een inactieve Charcot-voet;
  - een voetulcus of amputatie in de voorgeschiedenis;
  - eindstadium nierfalen of nierdialyse dat een verhoogd risico op een (nieuw) voetulcus geeft of door een andere aandoening;
  - een medische aandoening, bijvoorbeeld neuropathie na chemotherapie of een standaardafwijking van de tenen na bijvoorbeeld een operatie.
- er moet tenminste sprake zijn van een verhoogd risico op voetulcera. Afhankelijk van uw risicoprofiel bepaalt de podotherapeut of registerpodoloog voor welk zorgpakket u in aanmerking komt. Hiervoor worden de prestaties uit de vigerende ‘Beleidsregel overige geneeskundige zorg’ van de Nederlandse Zorgautoriteit gehanteerd;
- de zorg moet worden verleend door een podotherapeut, registerpodoloog, medisch pedicure of een gespecialiseerde pedicure;
- als het verhoogd risico op voetulcera veroorzaakt wordt door diabetes mellitus type 1 of 2, dan kan de zorg behalve door de podotherapeut, registerpodoloog of medisch pedicure ook geleverd worden door een gespecialiseerde pedicure die in het bezit is van een aantekening ‘voetverzorging bij diabetici’;
- als het verhoogd risico op voetulcera veroorzaakt wordt door reumatoïde artritis, dan kan de zorg behalve door de podotherapeut, registerpodoloog of medisch pedicure ook geleverd worden door een gespecialiseerde pedicure die in het bezit is van een aantekening ‘reumatische voet’;
- zorg bij de betreffende medisch of gespecialiseerde pedicure wordt alleen vergoed wanneer die onder contract staat van een podotherapeut. Meer informatie kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl;
- de zorgverlener moet met een bijpassende AGB-code geregistreerd staan in het Vektis AGB-register.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist als de zorg niet verleend wordt door de huisarts of medisch specialist.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 25 Stoppen met roken

Wat wordt er vergoed?
Het stoppen met roken programma omvat geneeskundige zorg gericht op gedragsverandering met als doel te stoppen met roken. Ter ondersteuning van het stoppen met roken programma heeft u recht op geneesmiddelen die hiervoor zijn voorgeschreven. U kunt het programma alleen volgen of in een groep. Zowel de geneeskundige zorg als de geneesmiddelen ter ondersteuning aan het stoppen met roken programma zijn vrijgesteld van uw eigen risico als u een stoppen met roken programma volgt bij de gecontracteerde huisarts of een zorgaanbieder die gecontracteerd is voor stoppen met roken zorg.

Wat zijn de voorwaarden?
- wij vergoeden de kosten van maximaal drie stoppen-met-roken-programma's per kalenderjaar;
- de stoppen met roken coach moet in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken vermeld staan, dit met uitzondering van huisartsen die een aanvullende scholing hebben gevolgd om kortdurende ondersteuning te bieden bij stoppen met roken;
- het programma moet voldoen en wordt geleverd met inachtneming van de geldende Zorgstandaard Tabaksverslaving, en moet voldoen aan de richtlijn ‘Tabaks- en nicotineverslaving’.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 26 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Wat wordt er vergoed?
Wij vergoeden de kosten van (extramurale) zintuiglijk gehandicaptenzorg. Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. De zorg bestaat uit:
- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Welke kosten worden niet vergoed?
U heeft geen recht op:
- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen prelinguaal doven.

Heb ik een verwijzing nodig?
U heeft voor aanvang van de zorg een schriftelijke verwijzing nodig voor:
- Auditieve of communicatieve beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS).
  - u moet zijn doorverwezen door een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC);
  - bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.
- Visuele beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking.
  - voor de verwijzing moet u zijn doorverwezen door een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG);
  - bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Wijkverpleging betreft zorg in de eigen omgeving, dus thuis, maar bijvoorbeeld ook op werk of dagbesteding. De zorg gaat niet gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 Besluit zorgverzekeringen betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 Besluit zorgverzekering.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde bachelor- of master opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Met een nieuwe indicatie komt een oudere indicatie te vervallen;
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde bachelor- of master opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende niveau 3. Zorg kan alleen geleverd worden door een helpende niveau 2 of ander zorgpersoneel indien Zorg en Zekerheid en de betreffende zorgaanbieder contractueel aanvullende voorwaarden en kwaliteitseisen hebben afgesproken met betrekking tot de inzet van helpende niveau 2 of ander zorgpersoneel. Voor de aanvullende voorwaarden en kwaliteitseisen verwijzen wij naar de 'Gezamenlijke inkooptekst en voorwaarden voor de inzet van helpenden (niveau 2) en ander zorgpersoneel in de wijkverpleging (inkoopbeleid 2027)' zie www.zn.nl en zoek via de zoekfunctie op 'helpenden';
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen;
- bij een restitutienota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgaanbieder toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Welke kosten worden niet vergoed?

U heeft geen recht op:

- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering;
- wanneer er alleen verzorging nodig is en er is geen sprake van een geneeskundige context waar binnen deze verzorging gegeven wordt, valt dit onder de Wmo. Het gaat dan bijvoorbeeld om ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) wanneer u niet voldoende zelfredzaam bent. Bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap.

Heb ik een verwijzing nodig?

Om in aanmerking te komen voor verpleging en verzorging heeft u geen verwijzing nodig.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als u gebruik wenst te maken van een nieuw door ons gecontracteerde zorgaanbieder wijkverpleging. Het gaat om een zorgaanbieder die een contract heeft voor 2027, maar geen contract had in 2026. Op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker kunt u vinden welke zorgaanbieders dit betreft;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
  Het aanvraagformulier voor toestemming kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/brochures.

> Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging

in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

27.3 Eerstelijnsverblijf

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijk verblijf in een eerstelijnsverblijfinstelling (ELV-instelling) in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg bestaat uit:

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- psychologische hulp, niet zijnde (specialistische) geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, door een gedragskundige aan patiënten met (een vermoeden van) gedragsmatige en/of cognitieve problematiek op verzoek van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de indicatie wordt gesteld door de huisarts of medisch specialist, SEH-arts of specialist ouderengeneeskunde en opname vindt plaats in overleg met de opnemende behandelaar;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4;
- bij de opname in een ELV-instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV-instelling met een inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen. Na 1.095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV-instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toetreding Zorgaanbieders (WTza);
- bij het indienen van een restitutienota moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. De diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

Welke kosten worden niet vergoed?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrische) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorginstelling (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorginstelling.

> Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 28 Gecombineerde leefstijlinterventie

28.1 GLI voor volwassenen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

- een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), bestaande uit een behandelfase en een onderhoudsfase. Dit programma kent een doorlooptijd van maximaal 24 maanden;
- het programma is gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit ter ondersteuning van de gedragsverandering;
- het programma bestaat uit een intake, individuele bijeenkomsten en groepsbijeenkomsten en een outtake;
- tijdens dit programma wordt u begeleid door een leefstijlcoach.

Wat zijn de voorwaarden?

- wij vergoeden de kosten van de GLI vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) volgens de indicatiecriteria van Zorginstituut Nederland en wanneer u intrinsiek gemotiveerd bent om aanpassingen te doen in uw leefstijl;
- u bent 18 jaar of ouder. Uitzondering hierop is als u 16 of 17 jaar bent en er sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLI die op de leest voor volwassenen is geschoeid;

- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt is kwaliteitsgeregistreerd als leefstijlcoach. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in het register van de eigen paramedische beroepsgroep. In dit laatste geval betreft dit een specifieke registratie als leefstijlcoach;
- de GLI moet de aanduiding eerste aanwijzing van effectiviteit in het erkenningstraject van het Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) van het RIVM hebben en moet goedgekeurd zijn als verzekerde zorg door Zorgverzekeraars Nederland;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt beschikt aantoonbaar over een geldige licentie van de licentiehouder van het GLI-programma dat wordt aangeboden of is zelf de licentiehouder;
- tijdens het aanbieden van de GLI blijft de huisarts betrokken: de zorgverlener van de GLI stemt af met de huisarts, koppelt regelmatig resultaten terug en overlegt zo nodig over eventuele aanvullende zorg;
- binnen de GLI moet de zorgverlener de contacten onderhouden met de huisarts, met andere zorgverleners en in voorkomende gevallen met het sociale domein;
- de periode waarin u de GLI (deels) ontvangen heeft maar u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, telt eveneens mee voor de maximale doorlooptijd van 24 maanden.

Welke kosten worden niet vergoed?

U heeft geen recht op:
- de daadwerkelijke begeleiding bij het bewegen zelf;
- gecombineerde leefstijlinterventies die niet bewezen effectief zijn volgens het Loket Gezond Leven van het RIVM en/of niet goedgekeurd zijn als verzekerde zorg door Zorgverzekeraars Nederland.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts, internist of cardioloog.

> Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

28.2 GLI voor kinderen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:
- begeleiding en coördinatie door de centrale zorgverlener (CZV), bestaande uit een brede anamnese, een eventuele tussenfase, een behandelfase, een onderhoudsfase en een begeleidingsfase;
- een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), bestaande uit een behandelfase en een onderhoudsfase. Dit programma kent een doorlooptijd van maximaal 24 maanden;
- het programma is gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit ter ondersteuning van de gedragsverandering;
- het programma bestaat uit een intake, individuele bijeenkomsten, groepsbijeenkomsten en een outtake;
- begeleiding van ouder(s)/verzorger(s);
- tijdens dit programma wordt u begeleid door een kinderleefstijlcoach.

Wat zijn de voorwaarden?
- wij vergoeden de kosten van vergoeding van de centrale zorgverlener en de GLI vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) conform FMS Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen, en wanneer u intrinsiek gemotiveerd bent om aanpassingen te doen in uw leefstijl;
- een GLI voor kinderen tot 18 jaar moet begeleid en gecoördineerd worden door de centrale zorgverlener en onderdeel uitmaken van de ketenaanpak;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt is kwaliteitsgeregistreerd als kinderleefstijlcoach. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in een vergelijkbaar register dat door Zorgverzekeraars Nederland is goedgekeurd, op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker vindt u de verwijzing naar het register;
- De centrale zorgverlener dient geregistreerd te staan in een kwaliteitsregister dat door Zorgverzekeraars Nederland is goedgekeurd, op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker vindt u de verwijzing naar het register;
- de GLI moet de aanduiding eerste aanwijzing van effectiviteit in het erkenningstraject van het Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) van het RIVM hebben of moet goedgekeurd zijn als verzekerde zorg door Zorgverzekeraars Nederland;
- de GLI-programma's die voor vergoeding in aanmerking komen zijn te raadplegen via de vergoedingenzoeker op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt beschikt aantoonbaar over een geldige licentie van de licentiehouder van het GLI-programma dat wordt aangeboden of is zelf de licentiehouder;
- tijdens het aanbieden van de GLI blijft de huisarts betrokken: de centrale zorgverlener stemt af met de huisarts, koppelt regelmatig resultaten terug en overlegt zo nodig over eventuele aanvullende zorg;

- binnen de GLI moet de zorgverlener de contacten onderhouden met de centrale zorgverlener. De centrale zorgverlener zorgt voor de coördinatie met andere zorgverleners en in voorkomende gevallen met het sociale domein;
- de periode waarin u de GLI (deels) ontvangen heeft maar u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, telt eveneens mee voor de maximale doorlooptijd van 24 maanden;
- uw gemeente dient de ketenaanpak te hebben geïmplementeerd en hier zijn samenwerkingsafspraken over gemaakt met een zorgverzekeraar;
- de zorg dient effectief te zijn. Gezien het een nieuwe aanpak betreft en er voldoende effectief aanbod gecreëerd moet worden, zal deze zorg in 2027 nog niet voor alle verzekerden beschikbaar zijn.

Welke kosten worden niet vergoed?

U heeft geen recht op:
- de daadwerkelijke begeleiding bij het bewegen zelf;
- gecombineerde leefstijlinterventies die niet bewezen effectief zijn volgens het Loket Gezond Leven van het RIVM en/of niet goedgekeurd zijn als verzekerde zorg door Zorgverzekeraars Nederland.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts, kinderarts of jeugdarts.

Artikel 29 Second opinion

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van het vragen van een beoordeling over een bij u gestelde diagnose/voorgestelde behandeling of gestelde indicatie wijkverpleging, door een tweede onafhankelijk:
- arts;
- andersoortige zorgverlener (zoals een psychotherapeut of klinisch psycholoog);
- BIG-geregistreerde bachelor- of masteropgeleide verpleegkundige (indicatie wijkverpleging).

Wat zijn de voorwaarden?
- de second opinion heeft betrekking op zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 t/m 2.15 van het Besluit zorgverzekering;
- de betrokken zorgverleners zijn werkzaam in hetzelfde vakgebied;
- u keert met de second opinion terug naar de eerst geconsulteerde zorgverlener die de regie houdt over de behandeling.

Welke kosten worden niet vergoed?
- behandeling door de tweede onafhankelijk arts of zorgverlener zonder eerst terug te keren naar de eerst geconsulteerde zorgverlener;
- een second opinion die wordt aangevraagd ten behoeve van een civiele procedure of medische keuring voor een rijbewijs.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van uw behandelaar. Bij wijkverpleging is geen verwijzing nodig.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor een second opinion in het kader van een Zvw-pgb.

Rubriek C Informatie basisverzekering

Heeft u vragen? Op www.zorgenzekerheid.nl vindt u veel informatie. Ook kunt u de medewerkers van ons Contact Center bellen op 071 - 582 58 25. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 18.00 uur of maak een afspraak om langs te komen op ons servicepunt in Leiden.

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 en (indien van toepassing) te wijzigen. Bovendien kunt u via MijnZZ of via de Zorg en Zekerheid app uw nota's online declareren. U kunt in MijnZZ inloggen met uw DigiD-account via www.zorgenzekerheid.nl/mijnzz.

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 zorgaanbieder.

U kunt uw nota's op de volgende manieren indienen:

- schrijf uw relatienummer op de originele nota en declareer uw nota('s) online via MijnZZ (www.zorgenzekerheid.nl/mijnzz) of dien uw declaratie in via de Zorg en Zekerheid app (gratis te downloaden via de App Store of Google Play Store), of;
- schrijf uw relatienummer op de originele nota en stuur uw originele nota('s) in een voldoende gefrankeerde enveloppe naar:

  Zorg en Zekerheid
  T.a.v. de Afdeling Declaraties
  Postbus 428
  2300 AK LEIDEN

- originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid. Voor uw eigen administratie adviseren wij u een kopie te maken;
- indien u een nota heeft geüpload dient u de originele nota minimaal drie jaar na uploaden te bewaren. Binnen deze periode kunnen wij de nota nog opvragen voor controle;
- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 3 jaar na de factuurdatum van de behandeling. Indien er geen datum op de factuur van de behandeling staat, loopt de inzendtermijn van nota's tot 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming te vragen; welke dat zijn kunt u terugvinden in deze polisvoorwaarden onder Rubriek B Omvang dekking Basisverzekering.

Hoe krijg ik mijn buitenlandnota vergoed?

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

Zorg en Zekerheid
T.a.v. de Afdeling Declaraties Buitenland
Postbus 428
2300 AK LEIDEN

Eén IBAN

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

Rubriek A Omvang dekking aanvullende verzekering

In deze rubriek vindt u de aanspraken 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 5 november 2026. De vergoedingen voor de (medische) kosten vanuit de aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid zijn gebaseerd op het door of namens ons met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Als er geen tarief is overeengekomen, vergoeden wij de (medische) kosten volgens het in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde tarief. Als er geen Wmg-tarief is vastgesteld, vergoeden wij de (medische) kosten volgens de tarieven die staan op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker. De verzekeringsvoorwaarden en deze rubriek samen vormen de voorwaarden van uw aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid.

Artikel 1 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?

De kosten van consulten, behandelingen en geneesmiddelen komen per verzekerde per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking bij:

- homeopathische/antroposofische geneesmiddelen;
- de volgende alternatieve behandelwijzen:
  - acupunctuur;
  - antroposofie;
  - chiropractie;
  - cranio sacraal therapie;
  - haptotherapie;
  - (klassieke) homeopathie;
  - manuele geneeskunde;
  - musculoskeletale geneeskunde
  - natuurgeneeskunde;
  - orthomoleculaire geneeskunde;
  - osteopathie;
  - shiatsu (medisch).

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het moet gaan om homeopathische/antroposofische geneesmiddelen die:

- zijn voorgeschreven door de arts bij wie u onder behandeling bent; én
- worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudende huisarts gevestigd in Nederland; én
- geregistreerd zijn volgens de Nederlandse Geneesmiddelenwet èn als homeopatisch of antroposofisch geneesmiddel zijn opgenomen in de G-Standaard van de Z-Index. De G-Standaard is een database waarin alle geneesmiddelen staan die verkrijgbaar zijn via de apotheek. De G-Standaard is een dynamische lijst die gedurende het jaar aangepast kan worden. De vergoeding kan dan ook gedurende het jaar wijzigen als de registratie wordt aangepast. Deze geneesmiddelen worden maximaal vergoed tegen het vergoedingslimiet zoals deze staat gepubliceerd in de G-Standaard van de Z-Index en bekend is bij uw apotheek.

Behandelwijzen:

- voor alternatieve behandelwijzen kunt u alleen terecht bij door ons aangewezen zorgverleners. Een overzicht hiervan vindt u op onze website www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker. Het op de behandeldatum geldende overzicht is bepalend;
- als het gaat om manuele geneeskunde, musculoskeletale geneeskunde, orthomoleculaire geneeskunde en natuurgeneeskunde moet de behandeling worden gegeven door een arts, die niet uw eigen huisarts is;
- voor alle overige alternatieve behandelwijzen geldt dat de behandelaar op het moment van behandelen een geldig bijpassende AGB-code heeft, een homeopaat heeft bijvoorbeeld een AGB-code voor Homeopathie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Het vergoedingspercentage en maximumbedrag gelden voor alle alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen samen per kalenderjaar.

AV-GeZZin Compact	AV-Standaard Regio	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-GeZZin AV-Top AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximum € 150,-. Behandelingen en consulten 100% tot maximaal € 25,- per dag. Geneesmiddelen 50%.	Maximum € 250,-. Behandelingen en consulten 100% tot maximaal € 25,- per dag. Geneesmiddelen 50%.	Maximum € 460,-. Behandelingen en consulten 100% tot maximaal € 40,- per dag. Geneesmiddelen 75%.	Maximum € 600,-. Behandelingen en consulten 100%. Geneesmiddelen 100%.

Artikel 2 Oogzorg

2.1 Brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen

Wat wordt er vergoed?
Per verzekerde komen per drie kalenderjaren, te rekenen na aanschaf van de bril of lenzen, voor vergoeding in aanmerking: de kosten van de aanschaf van brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen op sterkte.

Als u bij ons overstapt naar een andere aanvullende verzekering, dan telt het bedrag dat u al vergoed heeft gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering bij ons mee in de maximumvergoeding van uw nieuwe aanvullende verzekering.

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);
- bij een bril vanaf 0 dioptrieën, dient het wel een bril op sterkte te zijn.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?
De maximale vergoeding geldt voor de kosten van brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen samen.

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio	AV-GeZZin	AV-Top	AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	Enkelvoudig 100% max. € 25,-, multifocaal max. € 50,- (vanaf 2.25 dioptrie) éénmaal per 3 kalenderjaren	Enkelvoudig 100% max. € 50,-, multifocaal max. € 100,- (vanaf 2.25 dioptrie) éénmaal per 3 kalenderjaren of meeverzekerde kinderen t/m 12 jaar éénmaal per kalenderjaar een kinderbril vanaf 0 dioptrie tot max. vergoeding	Enkelvoudig 100% max. € 50,- , multifocaal max. € 100,- (vanaf 2.25 dioptrie) eenmaal per 3 kalenderjaren	Enkelvoudig en multifocaal 100% max. € 100,- (vanaf 2.25 dioptrie) éénmaal per 3 kalenderjaren	Enkelvoudig en multifocaal 100% max. € 150,- (vanaf 0 dioptrie) éénmaal per 3 kalenderjaren of meeverzekerde kinderen t/m 12 jaar éénmaal per kalenderjaar een kinderbril vanaf 0 dioptrie, max. € 150,-

2.2 Ooglaseren

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De vergoeding in onderstaande tabel is éénmalig voor de gehele duur van de verzekering. Dit houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten voor het ooglaseren niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere

zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

Artikel 3 Buitenland

3.1 Vaccinatie 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. De vergoeding geldt voor vaccinaties die worden toegediend door een gecontracteerde huisarts of door een gecontracteerde zorgverlener specifiek voor reizigersadvies. Een lijst van de door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverleners voor reizigersadvies vindt u op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker.

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;
- het Reglement Farmaceutische zorg is ook hier van kracht, zie www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Welke kosten worden niet vergoed?

- laboratoriumonderzoeken, muggencrème en -olie;
- niet-nagekomen afspraken;
- vaccinaties met een andere reden dan een voorgenomen verblijf in het buitenland, zoals vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma of andere vaccinaties op eigen verzoek (o.a. Gordelroosvaccinatie).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

De maximale vergoeding geldt voor de kosten van het middel (tabletten/injectie), het consult en het vaccinatieboekje samen.

AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin AV-Plus AV-Top	AV-Standaard Regio	AV-Sure	AV-Totaal
Geen vergoeding	- Gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 80,-. - Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 80,-.	- Gecontracteerde zorgaanbieder: 75%. - Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 80,-.	- Gecontracteerde zorgaanbieder: 100%. - Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 80,-.	- Gecontracteerde zorgaanbieder: 100%. - Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 150,-.

Een lijst van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker.

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 en/of tandheelkundige hulp in het buitenland worden vergoed als:

- de kosten zijn gemaakt gedurende vakantie- of zakenreis, stage- of studieperiode;

- 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 (0)71 - 582 54 44) of eventueel per e-mail (alarmcentrale@anwb.nl) of fax (+31 (0)70 - 314 70 40);
- 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 en geldt als aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de basisverzekering ontvangt.

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

3.2.1 Geneeskundige kosten

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor onderstaande spoedeisende, medisch noodzakelijke 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 € 0,43 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,- per vakantie en/of zakenreis;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Er wordt voldaan aan de algemene voorwaarden zoals vermeld in artikel 3.2.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin Compact AV-GeZZin AV-Top AV-Plus AV-Totaal
- kostprijs in Europa; - buiten Europa maximaal 200% van het in de markt gebruikelijke dan wel Wmg-tarief in Nederland.

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

3.2.2 Tandheelkundige kosten

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke tandheelkundige zorg.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het moet gaan om kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke tandheelkundige zorg.
- er wordt voldaan aan de algemene voorwaarden in artikel 3.2.

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

3.2.3 Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor:
- medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland van de zieke of gewonde verzekerde (inclusief de benodigde medisch noodzakelijke begeleiding) indien, volgens de arts van de alarmcentrale, sprake is van één van onderstaande punten:
    1. De medische zorg in het land waar de verzekerde zich bevindt is naar oordeel van de alarmcentrale-arts van onvoldoende niveau of kan niet (tijdig) genoeg gegeven worden waardoor repatriëring of evacuatie, met medische begeleiding en voorzieningen, naar een plaats waar deze medische zorg wel gegeven kan worden nodig is. Van onvoldoende niveau van medische zorg is sprake als:
        a. de medische kennis van de artsen ter plaatse onvoldoende is om de aandoening van de patiënt te behandelen, of;
        b. de faciliteiten ter plaatste onvoldoende zijn om de aandoening adequaat te behandelen (diagnostiek, behandeling, verpleging).
    2. De behandeling van de patiënt moet, naar oordeel van de alarmcentrale-arts, na de repatriëring naar Nederland (of de grensgebieden in België of Duitsland) worden voortgezet in de vorm van een opname (i.e. intramuraal).
    3. In verband met een ernstige voorgeschiedenis is behandeling in Nederland, naar oordeel van de behandelend alarmcentrale-arts, door de eigen behandelaar wenselijk voor (herstel van) de verzekerde (bijvoorbeeld bij psychiatrie en oncologie). Hierbij hoeft geen sprake te zijn van heropname in Nederland. Er moet wel sprake zijn van een acute of onvoorziene zorgvraag tijdens verblijf van de betrokkene in het buitenland.
- de dringend medisch noodzakelijke toezending van geneesmiddelen;
- overbrenging van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar Nederland.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de hierboven vermelde repatriëring (inclusief begeleiding), de overbrenging van het stoffelijk overschot en/of toezending van geneesmiddelen is na vooraf verleende goedkeuring uitgevoerd door de ANWB Alarmcentrale. Indien sprake is van samenloop van verzekering kan dit ook door een andere alarmcentrale worden uitgevoerd, dit wel in overleg met de ANWB Alarmcentrale;
- de toezending van geneesmiddelen is mogelijk voor zover de douanebepalingen dit toelaten;
- de geneesmiddelen moeten dringend medisch noodzakelijk zijn, niet verkrijgbaar zijn in het land van verblijf en op voorschrift van een arts worden verstrekt;
- er wordt voldaan aan de algemene voorwaarden in artikel 3.2.

Welke kosten worden niet vergoed?
Kosten van repatriëring op niet-medische gronden (zoals sociale gronden) worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin Compact AV-GeZZin AV-Top AV-Plus AV-Totaal
100%

3.3 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 het reisadvies code oranje of code rood van het Ministerie van Buitenlandse Zaken geldt (zie www.nederlandwereldwijd.nl). Tenzij u bij code oranje kunt aantonen dat het verblijf noodzakelijk was (en dus in ieder geval geen vakantie betrof) óf het reisadvies is veranderd tijdens uw verblijf en u direct bij de eerste mogelijkheid daartoe, ongeacht de benodigde kosten, terug naar Nederland afreist;
b. 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 en sportduiken (zonder brevet of zonder professionele begeleiding), skispringen, skivliegen, ski-alpinisme, off-piste toerskiën, off-piste gletsjerskiën, off-piste gletsjertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, paraskiën, heliskiën, het onderdeel figuurspringen van freestyleskiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen);
c. kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 35ste week;
d. kosten die verband houden met alternatieve zorg, zowel behandelingen als medicatie;
e. kosten van paramedische zorg met uitzondering van de behandelingen waarvoor u vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid heeft ontvangen;
f. kosten vermeld op nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

3.4 Zuurstof op vakantie of zakenreis

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor zuurstof op vakantie of zakenreis per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U heeft reeds een indicatie voor zuurstofgebruik.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin AV-Top AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 600,-

3.5 Fysiotherapie op vakantie

Wat wordt er vergoed?

Fysiotherapie op vakantie of zakenreis, stage- of studieperiode bij een chronische indicatie (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst)).

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De zorg voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in artikel 10.1 Fysiotherapie.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin Compact AV-GeZZin AV-Top AV-Plus AV-Totaal
- kostprijs in Europa; - buiten Europa maximaal 200% van het in de markt gebruikelijke dan wel Wmg-tarief in Nederland.

De vergoeding tot maximaal 200% van het in de markt gebruikelijke dan wel het Wmg-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering.

Artikel 4 Farmaceutische hulp

Vanuit de aanvullende verzekering is alleen vergoeding mogelijk wanneer aan artikel 19 van de basisverzekering van Zorg en Zekerheid (inclusief het Reglement Farmaceutische zorg) en de daaruit voortvloeiende voorwaarden, bijvoorbeeld de prescriptieregeling, de bepalingen rondom medische noodzaak, en generieke substitutie (zoals het voorkeursbeleid) wordt voldaan.

4.1 Anticonceptiva

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor anticonceptiva (orale geneesmiddelen, hulpmiddelen). Onder deze kosten vallen ook de verrichtingskosten van de huisarts of verloskundige.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de anticonceptiva moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt worden door een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet;
- voor orale anticonceptie (‘de pil’) geldt een maximale afleverperiode van twaalf maanden. Indien u voor de eerste maal orale anticonceptiva gebruikt, is de maximale termijn drie maanden;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 100% van het door ons gemiddeld gecontracteerde tarief;
- het voorkeursbeleid en het Reglement Farmaceutische zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op de eventuele GVS-eigen bijdrage.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin AV-Top AV-Totaal
Geen vergoeding	100% vanaf 21 jaar (exclusief de GVS-eigen bijdrage)

4.2 Maagzuurremmers

Wat wordt er vergoed?

Maagzuurremmers die niet in de basisverzekering zijn opgenomen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de maagzuurremmers moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt worden door een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet;
- maagzuurremmers worden vergoed uit de aanvullende verzekering, als er sprake is van niet-chronisch gebruik;
- bij chronisch gebruik is er vergoeding voor de eerste vijftien dagen waarin de kosten vanuit de basisverzekering voor eigen rekening komen;
- het moet gaan om maagzuurremmers die als zodanig geregistreerd staan met een Nederlandse of EU-handelsvergunning;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 100% van het door ons gemiddeld gecontracteerde tarief;
- het voorkeursbeleid en het Reglement Farmaceutische zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

Artikel 5 Geboortezorg

5.1 Kraampakket

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden die zwanger zijn of een baby adopteren, kunnen bij Zorg en Zekerheid een kraampakket aanvragen. Als beide ouders verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid, is er recht op slechts één kraampakket.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U dient het kraampakket uiterlijk in de 20e week van de zwangerschap aan te vragen via www.zorgenzekerheid.nl/aanvragenkraamzorg. Het kraampakket kan ook worden aangevraagd bij adoptie als het kind jonger is dan zes maanden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Basis AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin AV-Top AV-Totaal
Geen vergoeding	100%

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 op grond van 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. Als de vergoeding uit uw aanvullende verzekering de eigen bijdrage niet volledig dekt, zullen wij het restant aan eigen bijdrage aan u in rekening brengen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Standaard	AV-Top	AV-GeZZin AV-Totaal	AV-Standaard Regio
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 75,-	100% tot maximaal € 100,-	100% tot maximaal € 262,- voor kraamzorg en 100% tot maximaal € 300,- voor poliklinische bevalling zonder medische indicatie	100%

5.3 Vergoeding uitgestelde kraamzorg

Wat wordt er vergoed?

Als u geen aanspraak meer kunt maken op reguliere 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 couveusezorg. Het kraambureau 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 door ons gecontracteerd kraamcentrum;
- u kunt tot maximaal twaalf 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 twaalf weken niet.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

5.4 Borstkolf

Wat wordt er vergoed?
Verzekerden die borstvoeding geven 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-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-Top	AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 40,-	Maximaal € 75,-

5.5 Zwangerschapscursus

Wat wordt er vergoed?
De kosten van het volgen van een zwangerschapscursus voor verzekerden die zwanger zijn, 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 kraamzorginstelling;
- een verloskundige;
- een thuiszorgorganisatie die zich heeft gespecialiseerd in, of een scholing/cursus heeft gevolgd voor, het geven van een zwangerschapscursus;
- een gekwalificeerde zorgverlener die aangesloten is bij, en voldoet aan de kwaliteitseisen van, Mom in Balance;
- een gekwalificeerde zorgverlener die aangesloten is bij de Vereniging Yogadocenten Nederland (VYN), voor zover het een cursus zwangerschapsyoga betreft;
- een (bekken)fysiotherapeut;
- een (bekken)oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

5.6 Borstvoedingscursus

Wat wordt er vergoed?
De kosten voor het volgen van de 'Zorg en Zekerheid borstvoedingscursus' voor verzekerden die zwanger zijn, per kalenderjaar. Hiervoor kunt u zich aanmelden via www.zorgenzekerheid.nl/borstvoedingscursus.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Basis AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin AV-Top AV-Totaal
Geen vergoeding	- Gecontracteerde zorgaanbieder 100% - Niet-gecontracteerde zorgaanbieder tot maximaal € 20,-

5.7 Lactatiekundige

Wat wordt er vergoed?
De kosten van een lactatiekundige voor verzekerden die borstvoeding geven, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De lactatiekundige dient aangesloten te zijn bij en te werken volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of de Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBB).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

Artikel 6 Herstel en verblijf

6.1 Herstellingsoord, zorghotel en hospice

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor het verblijf in een herstellingsoord, zorghotel of hospice in Nederland. De kosten voor een thuiszorgconsult vanuit de hospice vallen ook onder deze vergoeding. De vergoeding geldt per verzekerde, per kalenderjaar.

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
U heeft geen toestemming nodig. Alleen herstellingsoorden en zorghotels die zijn aangewezen door Zorg en Zekerheid komen in aanmerking voor vergoeding. Een lijst van door Zorg en Zekerheid goedgekeurde herstellingsoorden en zorghotels kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Welke kosten worden niet vergoed?
De kosten van verblijf in verzorgingshuizen/woonzorgcentra die niet op de lijst met goedgekeurde herstellingsoorden en zorghotels staan.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

6.2 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 minimaal een tweeweekse kuurreis naar het buitenland voor vergoeding in aanmerking.

Als u bij ons overstapt naar een andere aanvullende verzekering, dan telt het bedrag dat u al vergoed heeft gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering bij ons mee in de maximumvergoeding van uw nieuwe aanvullende verzekering. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding. Kalenderjaren van eerdere aanvullende verzekeringen bij ons, tellen dus ook mee als kalenderjaar.

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. Een lijst van door Zorg en Zekerheid goedgekeurde organisaties kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin AV-Top AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.050,-

6.3 Logeerhuis

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

6.4 Therapeutisch kamp voor jongeren

Wat wordt er vergoed?

Voor verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar vergoeden wij de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp voor jongeren. Op deze therapeutische kampen leren kinderen omgaan met hun ziekte, aandoening of handicap.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- het therapeutische kamp is in Nederland;
- de organisatie is in handen van een door Zorg en Zekerheid aangewezen patiënten(belangen)organisatie. Een lijst van door Zorg en Zekerheid aangewezen organisaties kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

6.5 Mantelzorg

6.5.1 Vervangende mantelzorg

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van vervangende mantelzorg die tijdelijk wordt overgenomen van de mantelzorger. De vergoeding is voor de verzekerde die mantelzorg ontvangt (mantelzorgontvanger) per kalenderjaar. De vervangende mantelzorg kan worden ingezet voor 24-uurszorg, nachtdienst of een dagdeel.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De vervangende mantelzorg moet worden geregeld en gedeclareerd door de door ons aangewezen zorgaanbieders. U vindt een lijst met aangewezen zorgaanbieders op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker.

Welke kosten worden niet vergoed?

De kosten voor vervangende mantelzorg als:

- de ontvanger van mantelzorg een Wlz-indicatie heeft, of;
- de ontvanger van mantelzorg vanuit de Wmo respijtzorg ontvangt.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin AV-Top AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	tot maximaal € 3.500,-

Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit?
Dan krijgt u bij de AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-Standaard Regio en AV-GeZZin Compact een vergoeding tot maximaal € 1.750,-.

6.5.2 Mantelzorgmakelaar

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van een mantelzorgmakelaar, per verzekerde, per kalenderjaar. Een mantelzorgmakelaar zorgt tijdelijk voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar ontlast de mantelzorger ten aanzien van de regeltaken rondom de zorg, financiën en welzijn. Dit om te voorkomen dat de mantelzorger overbelast raakt.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- u kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorger bent;
- de mantelzorgmakelaar is een zelfstandig werkende mantelzorgmakelaar;
- de mantelzorgmakelaar is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM).

Welke kosten worden niet vergoed?
De kosten voor de mantelzorgmakelaar wanneer u mantelzorg ontvangt.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

Artikel 7 Huidtherapie

7.1 Acnebehandeling

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van de behandeling van acne bij zorgprofiel 2 tot en met 4 per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de huidtherapeut bepaalt eerst uw zorgprofiel;
- de bepaling van het zorgprofiel en de behandelingen worden uitgevoerd conform het document zorgprofielen integrale acnetherapie, zoals opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapie (NVH);
- de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut met een actieve registratie in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de huidtherapeut moet met een AGB-code actief geregistreerd staan in het Vektis AGB-register;
- het zorgprofiel en de AGB-code van de behandelaar moet op de nota vermeld worden.

Welke kosten worden niet vergoed?
Behandelingen bij zorgprofiel 1.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

7.2 Camouflageles

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden komen eenmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de kosten voor camouflagelessen en de cosmetische producten. Dit houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten voor camouflagelessen en de cosmetische producten niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er dus geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de huidafwijking bevindt zich in gezicht of hals;
- er moet sprake zijn van littekens, wijnvlekken of pigmentvlekken;
- de camouflageles moet worden gegeven door een huidtherapeut of door een schoonheidsspecialist die voor camouflagebehandeling geregistreerd is in het SKIN register;
- als de camouflageles wordt uitgevoerd door een huidtherapeut dan moet deze met een actieve registratie geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de zorgaanbieder moet met een AGB-code actief geregistreerd staan in het Vektis AGB-register;
- de AGB-code van de behandelaar moet op de nota vermeld worden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

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 wordt uitgevoerd door een huidtherapeut met een actieve registratie in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de huidtherapeut moet met een AGB-code actief geregistreerd staan in het Vektis AGB-register;
- de AGB-code van de behandelaar moet op de nota vermeld worden;
- u moet beschikken over een verwijzing van een medisch specialist, die op verzoek aan Zorg en Zekerheid moet worden toegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

7.4 Elektrisch ontharen of laserontharing

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden komen eenmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de kosten van elektrische ontharing of laserontharing. Dit houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten voor elektrische ontharing of laserontharing niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er dus geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de beharing moet zich bevinden op plaatsen in het gelaat waar dat naar algemene opvattingen ongebruikelijk is;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of door een schoonheidsspecialist die voor deze behandeling geregistreerd is in het SKIN register;
- als de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut dan moet deze met een actieve registratie geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de zorgaanbieder moet met een AGB-code actief geregistreerd staan in het Vektis AGB-register;
- de AGB-code van de behandelaar moet op de nota vermeld worden;
- u moet beschikken over een verwijzing van uw behandelend arts en deze meesturen met de (eerste) nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Standaard Regio AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-GeZZin AV-Top AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 550,-	75% tot maximaal € 600,-	100% tot maximaal € 800,-

7.5 Voetverzorging voor verzekerden met diabetes of reumatoïde artritis

Verzekerden met diabetes 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. Voetverzorging komt voor vergoeding in aanmerking bij een licht verhoogd risico op voetulcera zoals beschreven in de vigerende beleidsregel ‘Overige geneeskundige zorg’ van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door:
  - een podotherapeut;
  - een medisch pedicure;
  - een gespecialiseerde pedicure die in het bezit is van een aantekening ‘voetverzorging bij diabetici’ en/of ‘voetverzorging bij reumapatiënten’;
- de zorgaanbieder moet met een AGB-code geregistreerd staan in het Vektis AGB-register;
- de AGB-code van de behandelaar moet op de nota vermeld worden.

Welke kosten worden niet vergoed?

- voetzorg bij de indicatie artrose;
- de jaarlijkse voetcontrole (deze wordt bij een licht verhoogde risico op voetulcera vergoed uit de basisverzekering);
- voetzorg bij een (zeer) hoog risico op voetulcera, dit wordt vergoed vanuit de basisverzekering;
- cosmetische zorg, zoals eelt verwijderen of nagels knippen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

Artikel 8 Hulpmiddelen

8.1 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van:
- een prothese bh en plakstrips behorend bij een borstprothese;
- de eigen bijdrage voor een haarwerk;
- de eigen bijdrage voor een hoortoestel bij een gecontracteerde zorgaanbieder;
- een pessarium.

Welke kosten worden niet vergoed?
- de kosten van het verplicht en vrijwillig eigen risico en het bedrag dat voor eigen rekening blijft indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bent gegaan;
- kosten waarvoor geen medische noodzaak is;
- hoortoestellen: de kosten van de eigen bijdrage bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
- hoortoestellen: de kosten van het nazorgcontract, onderhoudsmiddelen, een reinigingsset, losse accessoires, batterijen en vervangingsgarantie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard AV-Standaard Regio	AV-GeZZin AV-Top AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 70,- per hulpmiddel	100% tot maximaal € 140,- per hulpmiddel	100% tot maximaal € 200,- per hulpmiddel

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 eenmalig voor de gehele duur van de verzekering voor de aanschaf van een plaswekker.

Eenmalig voor de gehele duur van de verzekering houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding.

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

8.3 Steunzolen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van steunzolen of podotherapeutische zolen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U kunt terecht bij:

- een podotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenaamde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’ als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en die als podotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- een registerpodoloog of podoposturaal therapeut; die een opleiding tot registerpodoloog heeft afgerond en die is ingeschreven in het kwaliteitsregister van Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ);
- een orthopedisch schoenmaker of werkplaats met SEMH-OSB (Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven) of SEMH-OIM (Orthopedische Instrument Makerijen) certificering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard AV-Standaard Regio	AV-GeZZin AV-Top AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 35,-	100% tot maximaal € 70,-	100% tot maximaal € 100,-

8.4 Hulpmiddelen ter ondersteuning van zelfredzaamheid

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden komen per kalenderjaar in aanmerking voor vergoeding van de aanschafkosten van:

- eenvoudige loophulpmiddelen;
- ADL-hulpmiddelen;
- fractuurpreventieve hulpmiddelen.

De vergoeding geldt voor alle hulpmiddelen tezamen.

Kijk voor een volledige lijst met goedgekeurde hulpmiddelen op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Bij de declaratie van een hulpmiddel moet u naast de originele nota en verwijzing (zie ‘heb ik een verwijzing nodig’) ook een declaratieformulier indienen. Dit formulier is te downloaden via www.zorgenzekerheid.nl/brochures.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft voor deze hulpmiddelen een schriftelijke verwijzing nodig van uw behandelend arts, ergotherapeut, verloskundige of BIG-geregistreerd verpleegkundige. Deze verwijzing moet meegezonden worden met de nota en het declaratieformulier.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

8.5 Alarmering op sociale indicatie

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

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), een gecontracteerde zorgaanbieder, thuiszorgorganisatie of gecontracteerde instelling.

Welke kosten worden niet vergoed?
Aansluitkosten en abonnementskosten voor de alarmcentrale zijn voor uw eigen rekening. Ook de kosten van eventuele opvolging bij gebruik van het alarm kunnen voor eigen rekening zijn, indien er vanuit de Zorgverzekeringswet geen aanspraak op vergoeding van zorgkosten bestaat van de opvolging.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

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

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. Alleen de kosten van behandeling van aderlijke aandoeningen (bijvoorbeeld spataderen, ‘open been’, aambeien) worden vergoed.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- u heeft een verwijzing nodig van de specialist;
- de behandeling moet worden verricht door een arts-fleboloog, dermatoloog of arts-fleboloog-proctoloog;
- de behandeling vindt plaats individueel of in groepsverband, in een polikliniek of in een centrum voor flebologie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

9.2 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-Standaard Regio AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-GeZZin AV-Top	AV-Totaal
Geen vergoeding	- 100% tot maximaal € 300,-, als de behandeling door een huisarts wordt uitgevoerd; - 75% tot maximaal € 300,-, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.	100% tot maximaal € 300,-, 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-Standaard Regio AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-GeZZin AV-Top	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 1.200,-, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.	100% tot maximaal € 1.200,-, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.

9.3 Oorstandcorrecties

Wat wordt er vergoed?

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten voor een oorstandcorrectie bij verzekerden jonger dan 15 jaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

Artikel 10 Paramedische behandelingen

10.1 Fysiotherapie en oefentherapie

Wat wordt er vergoed?
U heeft recht op fysiotherapie of oefentherapie zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, voor zover deze zorg (para)medisch noodzakelijk is.

Wat wordt niet vergoed?
- behandelingen op basis van de indicatie COPD;
- behandelingen waar u vanuit de basisverzekering of Wlz aanspraak op heeft;
- behandelingen in het kader van de valpreventieve beweeginterventie.

Speciale behandelingen en materialen

In sommige gevallen verricht de therapeut speciale behandelingen tijdens uw behandeling. Het kan dan gaan om shockwave, dry needling of echografie. Deze handelingen zijn onderdeel van de behandeling en mag de therapeut niet apart bij u in rekening brengen.

Ook de kosten van tijdens de behandeling verstrekte materialen, zoals (hulp-)verbandmiddelen, zijn onderdeel van de behandeling en mag de therapeut niet apart bij u in rekening brengen.

Kosten voor het maken en aanmeten van een hand-/polsspalk mag de fysiotherapeut (ook wel handtherapeut genoemd) niet apart bij u in rekening brengen. Vergoeding van deze kosten verloopt via specifieke behandelingen waarin de kosten voor werkzaamheden rondom spalken zijn opgenomen.

Wat zijn de voorwaarden?
a. De volgende voorwaarden gelden met betrekking tot de zorgverlener:
   - de zorg wordt geleverd door een (verbijzonderd) fysiotherapeut of (verbijzonderd) oefentherapeut. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut;
   - de (verbijzonderd) fysiotherapeut moet (voor de betreffende specialisatie) geregistreerd staan in het Individueel Register Fysiotherapie Nederland of het Stichting Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register, deze actieve registratie is vastgelegd in het Vektis AGB-register;
   - de (verbijzonderd) oefentherapeut moet (voor de betreffende specialisatie) geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd), deze actieve registratie is vastgelegd in het Vektis AGB-register;
   - de huidtherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd), de registratie is vastgelegd in het Vektis AGB-register;
   - komt u in aanmerking voor gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) door perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 (claudicatio intermittens) of voor behandeling voor COPD? Dan moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut voor respectievelijk claudicatio intermittens of COPD zijn aangesloten bij Chronisch ZorgNet en als zodanig bij Zorg en Zekerheid bekend zijn, door middel van een actieve registratie in het Vektis AGB-register;
   - wordt u behandeld voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen? Dan moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ParkinsonNet en als zodanig bij Zorg en Zekerheid bekend zijn, door middel van een actieve registratie in het Vektis AGB-register;
   - wordt voor u een handspalk gemaakt en wordt deze bij u aangemeten? Dan moet uw fysiotherapeut beschikken over een Nederlands Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) van de Nederlandse Vereniging voor Handtherapie (NVHT) en dient de fysiotherapeut als zodanig vermeld te zijn op de website van de NVHT.

b. De volgende voorwaarden gelden voor het aantal behandelingen:
   - start van een behandeling: start u met een nieuwe behandeling bij een fysiotherapeut? Dan zal de fysiotherapeut eerst onderzoeken wat u precies heeft en welke behandeling u nodig heeft. Dit telt als één behandeling. Als de fysiotherapeut u vervolgens daadwerkelijk behandelt telt dit ook weer als één behandeling. Daardoor kunnen er twee behandelingen gedeclareerd worden bij een eerste bezoek aan de fysiotherapeut;
   - alle behandelingen tellen mee: alle behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tellen mee. Dit geldt ook voor telefonische (of videobel) zittingen en voor (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling;
   - manuele therapie: als onderdeel van uw behandeling worden per indicatie maximaal negen behandelingen manuele therapie vergoed.

c. Groepsbehandeling: als u behandelingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele behandelingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele behandelingen ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting.

d. Indicatiecriteria verbijzonderde fysiotherapie: bij manuele fysiotherapie, kinderfysiotherapie, oedeemtherapie, bekkenfysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie of geriatrie fysiotherapie geldt dat er sprake moet zijn van een aandoening die is opgenomen in de domeinomschrijving/richtlijn/criteriumlijst van de betreffende beroepsvereniging (respectievelijk NVMT, NVFK, NVFL, NVFB, NFP en NVFG) en er moet tevens worden voldaan aan de daarin gestelde indicatiecriteria. Als de aandoening of de gestelde indicatie daarbuiten valt, worden de kosten voor reguliere fysiotherapie vergoed, mits wordt voldaan aan de daaraan gestelde eisen.

Heb ik een verwijzing nodig?

Heeft u een aandoening die staat in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) of gaat u behandeld worden voor claudicatio intermittens Fontaine II, COPD Gold klasse II of hoger, voor urine-incontinentie door middel van bekkenfysiotherapie of voor reumatoïde artritis dan wel axiale spondyloartritis waarbij sprake is van ernstige functionele beperkingen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van de behandelend arts, de verpleegkundig specialist of de physician assistant. Ook volstaat een bewijs van diagnose met daarop de volgende gegevens: uw naam, de naam van de arts die de diagnose heeft gesteld en een duidelijke omschrijving van de diagnose.

Moet u behandeld worden voor een andere aandoening of klacht, dan kunt u zonder verwijzing naar een zorgverlener. Dit noemen wij directe toegankelijkheid.

Bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar.

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

Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het door ons gecontracteerde tarief. De maximale vergoedingen voor niet- gecontracteerde zorg vindt u op www.zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Een lijst met gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Standaard Regio	AV-GeZZin Compact	AV-Basis	AV-Sure AV-Standaard	AV-GeZZin AV-Top AV-Plus	AV-Totaal
Fysio- en oefentherapie: maximaal 6 behandelingen	Fysio- en oefentherapie: maximaal 9 behandelingen	Fysio- en oefentherapie: maximaal 12 behandelingen	Fysio- en oefentherapie: maximaal 12 behandelingen	Fysio- en oefentherapie: maximaal 25 behandelingen	Fysio- en oefentherapie: maximaal 40 behandelingen

Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit?

Dan ontvangt u extra vergoeding:
- AV-GeZZin Compact: 1 behandeling extra
- AV-Basis, AV-Sure en AV-Standaard: 2 behandelingen extra
- AV-Top, AV-GeZZin en AV-Plus: 5 behandelingen extra

10.1.1 Beweegprogramma

Wat wordt vergoed?

Een volledig doorlopen beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden Beweeginterventies of richtlijnen van Stichting Keurmerk Fysiotherapie en gegeven wordt in gecontracteerde fysiotherapiepraktijken met het kwaliteitslabel A of B. Op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker kunt u per aandoening een overzicht vinden van de gecontracteerde A- of B-praktijken die een KNGF-beweegprogramma aanbieden.

Wat wordt er niet vergoed?

Er geldt geen vergoeding voor een beweegprogramma voor een indicatie waarvoor u ook een individueel traject doorloopt bij de fysiotherapeut.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Standaard Regio AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-GeZZin AV-Top AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 500,- per 2 kalenderjaren	75% tot maximaal € 500,- per 2 kalenderjaren	100% tot maximaal € 500,- per 2 kalenderjaren

10.2 Diëtetiek

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een diëtist;
- de diëtetiek dient een medisch doel te hebben;
- de diëtist moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de zorgaanbieder moet met een AGB-code actief geregistreerd staan in het Vektis AGB-register;
- de diëtist stelt de indicatie voor diëtetiek;
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw diëtist is aangesloten bij ParkinsonNet;
- alle behandelingen diëtetiek tellen mee in het genoemde maximum aantal kwartieren; dit geldt ook voor telefonische (of videobel) zittingen en voor (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

Heb ik een verwijzing nodig?

Bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar.

Wat wordt er niet vergoed?

Diëtetiek bij de indicatie overgewicht.

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

Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vindt een kostenvergoeding plaats van maximaal 75% van het door ons gecontracteerde tarief.

10.2.1 Diëtetiek aan verzekerden tot 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

In aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van diëtetiek door een diëtist. De vergoeding geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar en is per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-GeZZin AV-Top	AV-Totaal
Geen vergoeding	7 kwartier	10 kwartier

10.2.2 Diëtetiek bij specifieke indicaties vanaf 18 jaar

Wat wordt er vergoed?
In aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van diëtetiek door een diëtist indien het één van de volgende indicaties betreft: ondervoeding, oncologie en/of ongewenst gewichtsverlies. De vergoeding is per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin Compact AV-GeZZin	AV-Top AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	8 kwartier

10.3 Ergotherapie

Wat wordt er vergoed?
In aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten voor ergotherapeutische advisering, instructie, training of behandeling. De vergoeding is per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een ergotherapeut;
- de (gespecialiseerde) ergotherapeut moet (voor de betreffende specialisatie) actief geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd). Deze registratie staat vastgelegd in het Vektis AGB-register;
- de ergotherapie wordt gegeven door een ergotherapeut op de praktijklocatie of op het huisadres van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen;
- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen als uw ergotherapeut is aangesloten bij ParkinsonNet;
- alle behandelingen ergotherapie tellen mee in het genoemde maximum aantal behandeluren; dat geldt ook voor telefonische (of videobel) zittingen en voor (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling;
- wordt voor u een handspalk gemaakt en wordt deze bij u aangemeten? Dan moet uw ergotherapeut beschikken over een Nederlands Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) via de Nederlandse Vereniging voor Handtherapie (NVHT) én dient de ergotherapeut als handergotherapeut geregistreerd te staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- kosten voor het maken en aanmeten van een handspalk mag de ergotherapeut (of handtherapeut) niet apart bij u in rekening brengen; vergoeding van deze kosten verloopt via specifieke behandelingen waarin de kosten voor werkzaamheden rondom de spalk zijn opgenomen.

Heb ik een verwijzing nodig?
Bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder ga?
Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vindt een kostenvergoeding plaats van maximaal 75% van het door ons gecontracteerde tarief.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

10.4 Podologie/podo(posturale) therapie

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van behandelingen en consulten podologie/podo(posturale)therapie, per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
U kunt terecht bij:
- een podotherapeut die als podotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- een registerpodoloog of podoposturaal therapeut; die een opleiding tot registerpodoloog heeft afgerond en die is ingeschreven in het kwaliteitsregister van Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ);
- een orthopedisch schoenmaker of werkplaats met SEMH-OSB (Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven) of SEMH-OIM (Orthopedische Instrument Makerijen) certificering;
- de zorgaanbieder moet met een AGB-code actief geregistreerd staan in het Vektis AGB-register.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

10.5 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 of Hausdörfer.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

Artikel 11 Preventie

11.1 GeZZondCheck

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van de GeZZondCheck éénmaal per twee kalenderjaren ongeacht of u overstapt van aanvullende verzekering binnen Zorg en Zekerheid. Bij overstap ontstaat er geen nieuw recht op een GeZZondCheck.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de GeZZondCheck moet worden uitgevoerd door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde thuiszorgorganisatie of huisarts. Een lijst met gecontracteerde organisaties kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker;
- 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 GeZZondCheck ontvangen via ons bedrijfszorgprogramma telt mee als vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

11.2 Preventieve cursussen

Wat wordt er vergoed?
U heeft recht op één of meerdere preventieve cursussen, per kalenderjaar, mits uitgevoerd door een goedgekeurde organisatie. Kijk voor een volledige lijst met goedgekeurde organisaties op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Vergoeding is alleen mogelijk voor de volgende cursussen:
- EHBO-cursus, reanimatiecursus of AED-training;
- Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO);
- Zelfmanagement:
  - Leren omgaan met een ziekte of aandoening;
  - Mantelzorgcursus;
  - Slaapcursus.

U heeft eenmalig voor de gehele duur van de verzekering recht op de cursus 'Afvallen bij overgewicht'. De cursus moet binnen één jaar na aanvang van de cursus zijn afgerond. Kijk voor een volledige lijst met goedgekeurde organisaties op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker. Eenmalig voor de gehele duur van de verzekering houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- op de nota moet zijn aangegeven op welke data de onderzoeken, cursussen, voorlichting of het advies hebben plaatsgevonden en welke cursussen exact zijn gevolgd;
- Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO) wordt vergoed vanaf 55 jaar;
- een preventieve cursus die u via een bedrijfszorgprogramma volgt telt ook mee voor de maximale vergoeding.

Welke kosten worden niet vergoed?
De kosten van geneesmiddelen, voedingssupplementen en cursusmateriaal zijn uitgesloten van vergoeding.

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

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

Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit?

Als u een slaapcursus volgt, krijgt u bij de AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-Standaard Regio, AV-GeZZin Compact, AV-GeZZin, AV-Top en AV-Plus 100% tot maximaal € 200,- vergoed.

Heeft u al een vergoeding voor een preventieve cursus ontvangen? Dan wordt deze vergoeding ingehouden op dit bedrag.

11.3 Overgangsconsulent

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van de behandeling door een overgangsconsulent in het kader van de menopauze, per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit?

Dan krijgt u bij de AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-Standaard Regio, AV-GeZZin Compact, AV-GeZZin, AV-Top en AV-Plus 100% tot maximaal € 150,- vergoed.

11.4 Sportmedisch advies

Wat wordt er vergoed?

U heeft recht op een preventief sportmedisch onderzoek en/of sportkeuringen. De vergoeding geldt per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- het preventief sportmedisch onderzoek en/of sportkeuringen moet(en) worden uitgevoerd door een geregistreerd sportarts in sportgeneeskundig gespecialiseerde centra met een certificaat van de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). De sportmedische instelling moet aangesloten zijn bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI);
- een duikkeuring moet worden uitgevoerd door een sportduikkeuringsarts die bij de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde (NVD) geregistreerd is als Medical Examiner of Divers (Level 01 MED), Diving Medical Physician (Level 02 DMP) of Expert in Diving Medicin (Level 03 EDM).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

11.5 Mindfulnesstraining

Wat wordt er vergoed?
U heeft eenmalig voor de gehele duur van de verzekering recht op een vergoeding voor een 8-weekse training Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR).

Eenmalig voor de gehele duur van de verzekering houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- u bent lid van een werkgeverscollectiviteit;
- de Mindfulnesstraining moet gegeven worden door een trainer die is aangesloten bij de Vereniging Mindfulness Based Trainers Nederland (VMBN) met lidmaatschap categorie 1. Deze kunt u vinden op de website www.vmbn.nl;
- op de nota moet staan: 8-weekse training Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) en lid VMBN.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin Compact AV-GeZZin AV-Top AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding

Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit?
Dan krijgt u bij de AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-Standaard Regio, AV-GeZZin Compact, AV-GeZZin, AV-Top en AV-Plus 100% tot maximaal € 300,- vergoed.

Artikel 12 Psychologische zorg

12.1 Psychologische hulp

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten voor behandelingen per verzekerde, per kalenderjaar van:
- psychosociale begeleiding bij kanker door therapeuten die lid zijn van de NVPO, of door ons zijn gecontracteerd zie www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker;
- lichaamsgeoriënteerde therapie door therapeuten die lid zijn van de VIT (voorheen SBLP);
- gestalttherapie door therapeuten die lid zijn van de NVAGT;
- seksuologische hulpverlening door therapeuten die lid zijn van de NVVS.

En psychologische zorg per verzekerde, per kalenderjaar die bestaat uit:
- kanjertrainingen of weerbaarheidstrainingen, u kunt voor deze trainingen alleen terecht bij de door ons aangewezen zorgverleners. Een overzicht hiervan vindt u op onze website www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker;
- integratieve kindertherapie voor verzekerden jonger dan 18 jaar die beschikken over een AV-GeZZin of AV-Totaal door een therapeut die voldoet aan de voorwaarden zoals die zijn gesteld door de Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT) of die lid is van de VVvK of NVPMKT. De behandeling moet multidisciplinair gegeven worden;
- speltherapie voor verzekerden jonger dan 18 jaar die beschikken over een AV-GeZZin of AV-Totaal door een orthopedagoog of door een therapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging Van Speltherapeuten (NVVS);
- remedial teaching voor verzekerden jonger dan 18 jaar die beschikken over een AV-GeZZin of AV-Totaal door een orthopedagoog die lid is van de vereniging van orthopedagogen (NVO) of door een behandelaar die geregistreerd lid is van de Landelijke Bond van Remedial Teachers (LBRT);

- de behandeling van dyslexie voor verzekerden jonger dan 18 jaar die beschikken over een AV-GeZZin of AV-Totaal door een orthopedagoog die lid is van de vereniging van orthopedagogen (NVO).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

12.2 Lichttherapie

Wat wordt er vergoed?
Eénmaal per kalenderjaar komen de kosten voor de huur van een Bright Light (lichttherapie voor seizoensdepressie), voor een periode van maximaal tien dagen, voor vergoeding in aanmerking. U kunt er ook voor kiezen om eenmalig de kosten van aanschaf van een Bright Light voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Eenmalig houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten van aanschaf van een Bright Light niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding.

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

Artikel 13 Tandheelkundige hulp

Wat zijn de algemene voorwaarden voor vergoeding voor tandheelkundige hulp zoals bedoeld in artikel 13.1 tot en met 13.5?
Kosten van een tandheelkundige behandeling worden alleen vergoed als die behandeling volgens Zorg en Zekerheid doelmatig is, in de beroepsgroep gebruikelijk is en als 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 B, artikelen 5.2d en 5.3. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of orthodontist, tenzij anders vermeld.

De behandelingen worden vergoed volgens de tariefbeschikking zoals opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.

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;
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- maken en beoordelen van meerdimensionale kaakfoto's;
- maken en beoordelen van kaakoverzichtsfoto's tot 18 jaar;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;

- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 13.4 en 13.5;
- bleken van elementen (met uitzondering van inwendig bleken vanuit de AV-Totaal);
- cosmetische tandheelkundige behandelingen (K-codes);
- bij orthodontie het gebruik van een elektronische chip en bespreken van de gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur, inclusief de techniekkosten;
- orthodontiekosten binnen de wachttijd orthodontie;
- de kosten die bij u in rekening worden gebracht als u voor de volledige gebitsprothese naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat;
- therapeutische injectie (G-code);
- het plaatsen van myofunctionele apparatuur en het consult myofunctionele therapie.

13.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden tot 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor tandheelkundige hulp. Orthodontie aan verzekerden tot 18 jaar valt niet onder tandheelkundige hulp zoals bedoeld in dit artikel, kijk hiervoor bij artikel 13.2.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio	AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin AV-Top AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 150,-	75% tot maximaal € 250,-	75% tot maximaal € 500,-	85% tot maximaal € 1.000,-

13.2 Orthodontie aan verzekerden tot 18 jaar

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 gehele behandelduur. Dit houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten voor orthodontische behandeling niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding;
- de verzekerde die behandeld wordt moet minstens twaalf maanden voorafgaand aan de behandeling aansluitend aanvullend verzekerd zijn (bij Zorg en Zekerheid) voor orthodontie om aanspraak te kunnen maken op de vergoeding;
- als u tijdens de behandeling bij ons overstapt naar een aanvullende verzekering met een hogere vergoeding, dan telt het bedrag dat u al vergoed heeft gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering bij ons mee voor de maximum vergoeding van uw nieuwe aanvullende verzekering.

Wachttijd voor orthodontie

Voor orthodontie geldt een wachttijd van twaalf maanden. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor orthodontie. De wachttijd gaat in op de ingangsdatum van de aanvullende verzekering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-Plus	AV-GeZZin Compact	AV-Top	AV-GeZZin	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.000,-	100% tot maximaal € 1.500,-	100% tot maximaal € 1.750,-	100%

13.3 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

13.3.1 Controle

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de volledige kosten voor tandheelkundige behandelingen met betrekking tot controles indien de behandelingen uitgevoerd en gedeclareerd worden door een tandarts of mondhygiënist.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio	AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin AV-Top AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 150,-	100% tot maximaal € 250,-	100% tot maximaal € 500,-	100% tot maximaal € 1.000,-

Het maximumbedrag per aanvullende verzekering geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 13.3.1 en 13.3.2 samen.

Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit?
Dan ontvangt u extra vergoeding:
- AV-GeZZin Compact: € 25,- extra
- AV-Sure, AV-Standaard: € 50,- extra
- AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus: € 100,- extra

13.3.2 Overige tandheelkundige behandelingen

Wat wordt er vergoed?
- benodigde tandheelkundige behandelingen, gedeclareerd door een tandarts of mondhygiënist;
- orthodontische behandeling, gedeclareerd door een orthodontist of tandarts;
- 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;
- mondbeschermer gemaakt en gedeclareerd door een tandarts.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio	AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin AV-Top AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 150,-	75% tot maximaal € 250,-	75% tot maximaal € 500,-	85% tot maximaal € 1.000,-

Het maximumbedrag per aanvullende verzekering geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 13.3.1 en 13.3.2 samen.

Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit?
Dan ontvangt u extra vergoeding:
- AV-GeZZin Compact: € 25,- extra
- AV-Sure, AV-Standaard: € 50,- extra
- AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus: € 100,- extra

13.3.3 Delen

Wat wordt er vergoed?
Tweemaal de maximale vergoeding per type aanvullende verzekering voor de zorg zoals genoemd in artikel 13.3 per kalenderjaar, indien u beiden beschikt over een AV-Delen. Declaraties van beide verzekerden met een AV- Delen tellen mee voor deze maximale vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De uitkeringsvoorwaarden in artikel 13.3 blijven van kracht.

Welke kosten worden niet vergoed?
- implantaten in een betande kaak;
- ongevalsdekking.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Delen € 150,- in combinatie met AV-Sure, AV-Standaard, AV-Standaard Regio	AV-Delen € 250,- in combinatie met AV-GeZZin Compact	AV-Delen € 500,- in combinatie met AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus	AV-Delen € 1.000,- in combinatie met AV-Totaal
Tot maximaal € 300,- per 2 deelnemers	Tot maximaal € 500,- per 2 deelnemers	Tot maximaal € 1.000,- per 2 deelnemers	Tot maximaal € 2.000,- per 2 deelnemers

Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit?
Dan ontvangt u extra vergoeding:
- AV-Delen € 150,- in combinatie met AV-Sure, AV-Standaard: € 100,- extra
- AV-Delen € 250,- in combinatie met AV-GeZZin Compact: € 50,- extra
- AV-Delen € 500,- in combinatie met AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus: € 200,- extra

13.4 Ongevalsdekking tandheelkunde

Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van tandheelkundige hulp die nodig zijn ten gevolge van een ongeval en binnen twaalf maanden na de datum van het ongeval uitgevoerd zijn. 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?
- u moet het ongeval binnen zestig dagen schriftelijk bij ons melden. Zie www.zorgenzekerheid.nl/verhaalszaken voor de mogelijkheden om het ongeval bij ons te melden;
- het tandheelkundig letsel is ontstaan door een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering;
- de kosten zijn een direct gevolg van het ongeval;
- de behandeling vindt plaats door een daartoe bevoegde zorgverlener.

Indien het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen (meer dan twaalf maanden na het ongeval), beoordeelt onze adviserend tandarts of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
- u heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De tandarts dient de aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een motivatie van de tandarts;
- de zorgverlener geeft bij de aanvraag een verklaring mee waaruit blijkt dat het tandheelkundig letsel is ontstaan door het ongeval.

Welke kosten worden niet vergoed?
De kosten:
- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- als gevolg van eten van etenswaren;

- die voorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van orthodontische zorg.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin Compact AV-GeZZin AV-Top AV-Plus AV-Totaal
100% tot maximaal € 10.000,- per gebeurtenis

13.5 Implantaten in een betande kaak

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor:
- onderzoek, diagnostiek en opstellen behandelplan;
- botopbouw die noodzakelijk is om het implantaat te plaatsen;
- plaatsen van het implantaat;
- de kosten van het implantaat.

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

Artikel 14 Overige

14.1 Bezoekkosten opgenomen gezinslid

Wat wordt er vergoed?

Bij opname van partner of een gezinslid in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland komen per verzekerde, per kalenderjaar, de kosten van vervoer van de verzekerde van het woonadres naar het ziekenhuis of de revalidatie-instelling en terug in aanmerking voor vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- het opgenomen gezinslid moet ook aanvullend zijn verzekerd bij Zorg en Zekerheid;
- de gezinsleden wonen op hetzelfde adres;
- bij de declaratie moet worden vermeld:
  - de naam van de opgenomen en van de bezoekende verzekerde;
  - de naam van het ziekenhuis of revalidatie-instelling;
  - de periode waarin de bezochte verzekerde opgenomen is geweest.

Wat moet ik nog meer weten?

- de vergoeding wordt berekend op basis van de snelst gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de 'snelste route' volgens de ANWB routeplanner op www.anwb.nl/verkeer/routeplanner;
- als u reist met eigen vervoer dan geldt een vergoeding van € 0,43 per kilometer. De enkele reisafstand wordt verminderd met 20 kilometer per rit (40 kilometer retour), waarvan de kosten voor eigen rekening blijven;
- als u gebruikmaakt van de (rolstoel)taxi betreft het alleen een kilometervergoeding;
- als u gebruikmaakt van het openbaar vervoer dan wordt de vergoeding verleend op basis van de kosten voor de kortste route en de genoemde prijs voor de laagste klasse op www.9292.nl;
- de vergoeding kan voor maximaal één bezoek per dag worden toegekend.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

14.2 Contributie patiëntenvereniging

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging aangesloten bij Patiëntenfederatie Nederland (NPCF) of bij koepelorganisatie Ieder(in), per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het moet een patiëntenvereniging zijn voor verzekerden met een chronische aandoening.

Welke kosten worden niet vergoed?

- de contributies voor belangenorganisaties;
- donaties en steunend lidmaatschap.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

14.3 Vergoeding eigen bijdrage ziekenvervoer

Wat wordt er vergoed?

Als u volgens de basisverzekering recht heeft op ziekenvervoer, dan bent u een eigen bijdrage per kalenderjaar verschuldigd. Deze kosten van uw eigen bijdrage kunnen per verzekerde, per kalenderjaar, in aanmerking komen voor vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Standaard Regio AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin AV-Top AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 140,-

14.4 Vergoeding eigen bijdrage Wlz/Wmo

Wat wordt er vergoed?
U heeft recht op vergoeding van de eigen bijdrage voor zorg in het kader van de Wlz of Wmo. De vergoeding geldt per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- u ontvangt de zorg thuis;
- de nota dient van het CAK te komen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

14.5 Lidmaatschap thuiszorgorganisaties

Wat wordt er vergoed?
De jaarlijkse 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-Standaard Regio AV-GeZZin Compact AV-Top AV-Plus	AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 17,50

14.6 Contributie sportvereniging

Wat wordt er vergoed?
De verschuldigde contributie aan een sportvereniging per (gratis) meeverzekerd kind jonger dan 18 jaar, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- op de nota dient duidelijk vermeld te zijn dat het om de contributie van een sportvereniging gaat en wat de naam van de verzekerde is;
- de sportvereniging dient lid te zijn van een bond die aangesloten is bij het NOC*NSF;
- sportverenigingen werken voor hun contributie vaak met seizoenen en niet met kalenderjaren. Een declaratie voor de contributie 2026-2027 komt daarom ten laste van het kalenderjaar 2026 en wordt niet vergoed in 2027;
- de zwemles van uw kind valt ook onder deze vergoeding.

Welke kosten worden niet vergoed?
- losse sportkaarten, rittenkaarten of andere vormen van tijdelijke passen;
- sport-/fitnessscholen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

Rubriek B Voorwaarden aanvullende verzekering

Artikel 1 Algemene bepalingen

1.1 Voor wie

De aanvullende verzekeringen AV-Basis, AV-Sure, AV-Standaard, AV-Top, AV-Plus, AV-GeZZin inclusief de Extra-variant staan open voor alle verzekeringsplichtigen op grond van de Zorgverzekeringswet die in Nederland of in een ander EU-/EER-land wonen, evenals degene die daartoe bij besluit van de Raad van Bestuur van Zorg en Zekerheid is toegelaten. U kunt deze aanvullende verzekeringen alleen bij ons afsluiten als u een Zorg Zeker Polis of Zorg Vrij Polis bij ons heeft of tegelijk afsluit. De AV-Plus kan alleen aangevraagd worden door verzekerden die 18 jaar of ouder zijn en tevens voldoen aan het voorgaande.

De AV-Standaard Regio (Extra) staat open voor alle verzekeringsplichtigen op grond van de Zorgverzekeringswet die, op basis van de gemeentelijke Basisregistratie Personen, in de regio van Zorg en Zekerheid wonen.

1.2 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Bij medische noodzaak geeft uw aanvullende verzekering recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze polisvoorwaarden. Hier is sprake van als u op de betreffende zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten. De inhoud en omvang van de aanvullende verzekering wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgverleners aan zorg ‘plegen te bieden’. Een zorgverlener moet voldoen aan de relevante richtlijnen, kwaliteitsstandaarden/-kaders én alle overige documenten welke het karakter van een kwaliteitsnorm hebben voor de betreffende beroepsgroep, wil sprake kunnen zijn van vergoeding.

1.3 Wie mag de zorg verlenen

Voor zorg uit de aanvullende verzekering bent u vrij om te kiezen naar welke zorgaanbieder u gaat. Dit sluit echter niet uit dat de zorgaanbieder/zorgverlener aan bepaalde voorwaarden moet voldoen; dit vindt u dan bij het betreffende zorgartikel. Voor een aantal vormen van zorg, waaronder Paramedie, hebben wij zorgaanbieders gecontracteerd. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat kan het zijn dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen. U vindt dit eveneens bij het betreffende zorgartikel.

1.4 Vergoeding van de zorgkosten

U heeft als verzekerde recht op (vergoeding van de kosten van) zorg tot maximaal de bedragen dan wel het aantal behandelingen aangegeven in deze polisvoorwaarden.

1. De hoogte van de vergoeding is het bedrag dat wij overeengekomen zijn met de zorgaanbieder. Wanneer er geen tarief is overeengekomen vergoeden wij de kosten van (verzekerde) zorg op basis van het op dat moment in Nederland geldende Wmg-tarief (Wet marktordening gezondheidszorg). Wanneer er geen Wmg-tarief is vastgesteld, vergoeden wij de kosten volgens de tarieven die staan op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.
2. U heeft als verzekerde alleen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg gemaakt gedurende de looptijd van de verzekering, waarbij de schade ontstaan moet zijn tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering, met uitzondering van fysiotherapie. Indien sprake is van een onvolledige/onjuiste aanvraag zoals bedoeld in artikel 2.2 of van fraude (zie artikel 5.5), heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. De datum van de behandeling of levering is bepalend voor de vaststelling van uw recht op vergoeding van zorgkosten.

1.5 Waar moet een nota aan voldoen

Alleen originele nota’s of digitale nota’s die zijn gewaarmerkt door de zorgaanbieder, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland, hulpmiddelen ter ondersteuning van zelfredzaamheid of ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/hulpmiddelen zelfredzaamheid/eigen vervoer en openbaar vervoer, zie hiervoor ook www.zorgenzekerheid.nl/brochures.

1.6 Wanneer verjaart een nota

Uw recht op vergoeding van de kosten van zorg verjaart drie jaar na de factuurdatum van de behandeling. Indien er geen datum op de factuur van de behandeling staat, verjaart uw recht op vergoeding van de kosten van die zorg op 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. U kunt verjaring voorkomen door binnen deze voornoemde periode schriftelijk aan ons mede te delen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op deze vergoeding. Wanneer wij uw verzoek om vergoeding van zorgkosten geheel of gedeeltelijk hebben afgewezen

verjaart uw nota drie jaar na afwijzing. Om verjaring in dit geval te voorkomen moet u ons binnen deze voornoemde periode een schriftelijk verzoek sturen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op deze vergoeding.

1.7 Nederlands recht
Op deze aanvullende verzekeringen is uitsluitend het Nederlands recht van toepassing.

1.8 Aanvragen of opzeggen van de aanvullende verzekering
Waar gesproken wordt over aanvragen of opzeggen van de aanvullende verzekering kan dit schriftelijk/digitaal of telefonisch.

Artikel 2 Aanvraag, aanvang en beëindiging van uw aanvullende verzekering

2.1 Hoe vraagt u een aanvullende verzekering aan
U kunt de aanvullende verzekeringen uit deze polisvoorwaarden bij ons aanvragen. Als aanvrager van een aanvullende verzekering verleent u medewerking aan het verkrijgen van informatie die wij nodig achten voor de beoordeling van uw aanvraag.

2.2 Vult u uw aanvraag volledig en naar waarheid in
Wanneer u een aanvullende verzekering aanvraagt of een wijziging op uw bestaande verzekering doorgeeft, dan geeft u dit volledig en gebaseerd op de waarheid aan ons door. Wanneer u dit niet doet zijn wij geen vergoeding van kosten verschuldigd en kunnen wij zonder inachtneming van een opzegtermijn uw verzekering beëindigen. Dit geldt ook als u essentiële informatie achterhoudt die voor ons van belang zou zijn geweest om de verzekeringsovereenkomst met u aan te gaan, of niet, onder dezelfde voorwaarden. Wanneer dit het geval is, kunnen wij een beroep doen op Titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en de verzekeringsovereenkomst per direct opzeggen. Als wij onderzoekskosten maken voor de vaststelling of u alles volledig en naar waarheid heeft ingevuld, worden deze kosten aan u doorberekend.

2.3 Voorwaarden waar u rekening mee moet houden bij uw aanvraag
Zorg en Zekerheid stelt geen gezondheidsvragen voor de aanvraag van een aanvullende verzekering, wel stellen wij algemene en een aantal specifieke voorwaarden:

a. als u als bestaande verzekeringnemer/verzekerde naar een aanvullend pakket wilt overstappen met een beperktere of uitgebreidere dekking dan moet u dit uiterlijk 31 december van het jaar aan ons doorgeven, de verzekering wijzigt dan op 1 januari van het volgende jaar;
b. het is niet mogelijk om gelijktijdig verzekerd te zijn voor meer dan één aanvullend pakket, behalve de AV-Delen;
c. kinderen volgen het meest uitgebreide pakket van de ouder(s) waarbij ze op het polisblad staan. Kinderen waarvan de beide ouders gekozen hebben voor de AV-Plus worden verzekerd in de AV-Top;
d. kinderen hebben alleen recht op een aanvullende verzekering als een van de ouders een aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid heeft;
e. kinderen die alleen op het polisblad staan, waarvan de ouders niet zijn verzekerd bij ons, betalen geen premie en worden verzekerd in de AV-Sure;
f. u kunt alleen voor de AV-Delen kiezen als u beiden aan alle volgende voorwaarden voldoet:
   - u betaalt premie;
   - u heeft dezelfde aanvullende verzekering met een vergoeding voor tandheelkunde;
   - u staat op hetzelfde polisblad vermeld.
g. de AV-Delen heeft alleen betrekking op tandheelkundige hulp zoals vermeld in artikel 13.3 van deze polisvoorwaarden;
h. als u in verband met zwangerschap kiest voor de AV-GeZZin gedurende het jaar, dan is een voorwaarde dat u bij ons al een basisverzekering en aanvullende verzekering heeft. U kunt tussentijds niet overstappen naar de AV-GeZZin wanneer u de aanvullende verzekering AV-Gemak of AV Gemak Regio heeft.

2.4 Begin, einde en duur van uw verzekering
1. Uw verzekering gaat in op 1 januari van een kalenderjaar of op de dag dat uw basisverzekering tussentijds ingaat uitgezonderd de AV-GeZZin. De duur van de verzekering is voor het (resterende) kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van dit kalenderjaar wordt uw verzekering jaarlijks stilzwijgend verlengd voor een periode van een kalenderjaar, tenzij u de verzekering uiterlijk 31 december van het kalenderjaar opzegt.
2. Als wij voor het afhandelen van uw aanvraag voor de verzekering extra informatie bij u hebben opgevraagd, gaat de verzekering pas in op de eerste dag van de maand volgend op die maand waarin wij de benodigde informatie hebben ontvangen.
3. De verzekering eindigt:
   - na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer vóór 1 januari enig jaar opzegt (zie artikel 2.7.1);
   - op het tijdstip waarop de verzekerde niet langer zijn vaste woonplaats heeft in Nederland of een ander EU-/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 artikel 4.2 en wel op de wijze als in artikel 4.3 is bepaald;
- bij opzegging door de verzekeraar zoals vermeld in artikel 2.8.

2.5 Weigering aanvraag verzekering

Wij kunnen uw aanvraag weigeren wanneer er eerder sprake is geweest van een verzekering die is beëindigd omdat de verschuldigde premie niet is voldaan. Ook kunnen wij de aanvraag weigeren indien de verzekering eerder is beëindigd in verband met hetgeen is bepaald in artikel 2.8 of als er sprake is van een registratie van de verzekeringnemer en/of verzekerde in het Incidentenwaarschuwingensysteem voor financiële instellingen (Extern Verwijzingsregister).

2.6 Kiezen voor een andere aanvullende verzekering

1. U kunt alleen een andere aanvullende verzekering kiezen met ingang van het opvolgende kalenderjaar, mits u dit uiterlijk 31 december aan ons doorgeeft. Gedurende het lopende kalenderjaar kiezen voor een andere aanvullende verzekering is dus niet mogelijk, behalve bij:
   a. geboorte van een kind (alleen AV-GeZZin);
   b. een verzekerde die de 18-jarige leeftijd heeft bereikt en in de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt, of de maand daaropvolgend, een andere aanvullende verzekering aanvraagt bij Zorg en Zekerheid;
   c. verzekerden die uit een collectief komen met een aanvullende verzekering die vanwege de voorwaarden van dat collectief niet kan worden behouden;
   d. verzekerden die in verband met zwangerschap willen kiezen voor de AV-GeZZin en voldoen aan de voorwaarden uit artikel 2.3 h.

   De verzekering voor b t/m d gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de aanvraag voor de aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen.
2. Pasgeborenen worden ingeschreven per geboortedatum als het kind binnen vier maanden na de geboorte is aangemeld. Wanneer de aanmelding van uw pasgeborene(n) niet binnen vier maanden na de geboorte is ontvangen door ons, gaat de verzekering pas in per meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.
3. Wanneer een op het polisblad van de ouder vermeld kind de 18-jarige leeftijd heeft bereikt, is het toegestaan om een andere aanvullende verzekering te kiezen of die te beëindigen. De andere aanvullende verzekering of opzegging gaat dan in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt. Voorwaarde is dat wij de wijziging of opzegging hebben ontvangen in de maand waarin uw kind 18 wordt, of de maand daaropvolgend.

2.7 Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering opzeggen

1. Als verzekeringnemer kunt u de aanvullende verzekering opzeggen per 1 januari van ieder jaar. Voorwaarde is dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen. U kunt gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Hiermee geeft u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering toestemming om de oude aanvullende verzekering op te zeggen.
2. Als verzekeringnemer kunt u de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen bij:
   a. een premie- en/of polisvoorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 4;
   b. een op het polisblad van de ouder vermeld kind dat 18 jaar wordt, zoals omschreven in artikel 2.6.3.

2.8 Wanneer kunnen wij uw aanvullende verzekering opzeggen

Wij kunnen uw aanvullende verzekering schriftelijk, met ingang van een door Zorg en Zekerheid te bepalen tijdstip, opzeggen als:

a. u de premie van uw verzekering niet op tijd betaald heeft, zoals vermeld in artikel 3.3;
b. er sprake is van fraude (zie artikel 5.5);
c. u ons geen, niet-volledige of onjuiste informatie heeft gegeven (zie artikel 2.2);
d. er niet meer voldaan wordt aan de voorwaarden beschreven in artikel 1.1 en 2.3;
e. u de basisverzekering opzegt en een andere basisverzekering bij ons afsluit;
f. wij vanwege voor ons belang zijnde redenen de verzekering uit de markt halen.

2.9 Mededelingen

Mededelingen gericht aan uw laatst bij ons bekende adres en/of e-mailadres, worden geacht u te hebben bereikt.

Artikel 3 Premie

3.1 Wie betaalt de premie

De verzekeringnemer is verplicht voor elke premieplichtige verzekerde de premie te betalen. De verplichting tot premiebetaling gaat in op de ingangsdatum en eindigt op de datum van beëindiging van de verzekering. Een verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt en de aanvullende verzekering van de ouder volgt zoals omschreven in artikel 2.3, hoeft geen premie te betalen. Premie is pas verschuldigd op de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. In geval van overlijden van een verzekerde is er premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

Voorbeeld 18-jarige
Iemand die op 2 februari 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 maart.

De verzekeringnemer is verplicht de premie en bedragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke bepalingen of regelingen voor alle verzekerden vooruit te betalen. Hierbij kan gekozen worden voor maand-, kwartaal-, half jaar- of jaarbetaling.

3.2 Verrekening
U mag verschuldigde bedragen (zoals de premie) niet verrekenen met de vergoedingen die u nog van ons tegoed heeft. Wij mogen uw schuld wel verrekenen met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en).

3.3 Niet-tijdig betalen
1. Als u de premie, wettelijke bijdrage, eigen risico, eigen bijdrage of kosten niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste veertien dagen, kunnen wij de verzekering beëindigen. Als wij de verzekering hebben beëindigd kan de verzekering weer aangevraagd worden nadat de verschuldigde premie en eventuele kosten zijn betaald. De verzekering gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
2. Als u als verzekeringnemer al eens aangemaand bent geweest voor niet-tijdige betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij een volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
3. Als u in verzuim bent met de volledige betaling van onze vordering en er is voldaan aan het bepaalde in artikel 6:96 lid 6 Burgerlijk Wetboek, dan bent u aan ons buitengerechtelijke incassokosten verschuldigd. De buitengerechtelijke incassokosten worden bepaald en berekend conform het op basis van artikel 6:96 lid 5 Burgerlijk Wetboek vastgestelde Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten.
4. U bent verplicht tijdig uw premie te betalen. U kunt zich bij het niet betalen van de premie op de premievervaldag niet beroepen op het feit dat de premie niet-tijdig is geïnd.

3.4 Assurantiebelasting
Als wij voor u in het buitenland over de verzekeringspremies belasting moeten afdragen, zullen wij dit bij u in rekening brengen. U bent verplicht deze belastingen binnen de door ons gestelde termijn te voldoen. Als u niet op tijd dit bedrag aan ons betaalt zullen wij de aanvullende verzekering beëindigen (zie artikel 3.3.1).

3.5 Hoe wordt uw premie berekend
De grondslag van de premie min de korting voor collectiviteit bij de aanvullende verzekering geeft het bedrag dat we het tussenresultaat noemen. Van dit tussenresultaat halen we de korting voor de betaaltermijnen af. Het bedrag dat dan overblijft, is de te betalen premie.

3.6 Korting betaaltermijnen
Wanneer u ervoor kiest om per half jaar of jaar te betalen, ontvangt u een korting over de verschuldigde premie.

Wanneer u toetreedt tot een collectiviteit ten aanzien van de aanvullende verzekering, dan kan het zijn dat u alleen voor een maandbetaling kunt kiezen. U heeft dan in dat geval geen recht op termijnkorting.

3.7 Premiekorting bij collectieve overeenkomst
Wanneer u gebruikmaakt van een collectieve overeenkomst ten aanzien van de aanvullende verzekering, dan kan het zijn dat u korting ontvangt op de premiegrondslag en andere voordelen zoals extra vergoedingen.

Vanaf de dag dat u geen gebruik meer kunt maken van de collectieve overeenkomst, vervallen de (indien van toepassing) premiekorting en eventueel aangepaste voorwaarden zoals deze zijn overeengekomen in de collectieve overeenkomst.

U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

Artikel 4 Wijziging premie en voorwaarden

4.1 Wijziging premie en voorwaarden per prolongatiedatum
Wij mogen de premie en voorwaarden van de aanvullende verzekering(en) per 1 januari, de datum waarop de verzekering (stilzwijgend) voor een kalenderjaar wordt verlengd, wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover vooraf schriftelijk informeren. Een wijziging van de premie en/of voorwaarden vindt en bloc plaats. Dit betekent dat de wijziging voor alle verzekerden van toepassing is.

4.2 Wijziging premie en voorwaarden gedurende de looptijd van de verzekering
Wij mogen de premie en voorwaarden van de aanvullende verzekering(en) op elk moment wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover vooraf schriftelijk informeren. De datum van de wijziging wordt door ons vastgesteld. Een wijziging van de premie en/of voorwaarden vindt en bloc plaats. Dit betekent dat de wijziging voor alle verzekerden van toepassing is.

4.3 Recht van opzegging
Wijzigen wij de voorwaarden en/of premie van de verzekering, zoals bedoeld in artikel 4.2, in uw nadeel? Dan heeft u het recht om uw verzekering op te zeggen binnen dertig dagen nadat de wijziging door ons bekendgemaakt is. U moet ons hiervan schriftelijk en aangetekend op de hoogte stellen. U heeft geen opzeggingsrecht als een wijziging voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen, of als wij de verzekering in uw voordeel wijzigen.

Artikel 5 Overige bepalingen

5.1 Wat zijn uw verplichtingen
a. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid als de medisch adviseur daarom vraagt;
b. aan de medisch adviseur, of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder verstaan wij ook 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 dergelijke second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
c. Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden. U verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking;
d. het is 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. in geval van detentie wordt de dekking van de aanvullende verzekering voor de bewuste verzekerde per de eerste dag van detentie opgeschort. Tenzij u ons verzoekt dit niet te doen. Over de periode van opschorting bent u geen premie verschuldigd en wordt géén dekking verleend voor kosten. Uw aanvullende verzekering gaat weer in per de einddatum van detentie (uitgezonderd is de aanvraag voor een verzekering via uw gemeente, hiervoor dient u opnieuw een aanvraag te doen bij uw gemeente) , mits dit binnen dertig dagen na die datum aan ons is doorgegeven. Geeft u het later door? Dan zal de dekking van uw aanvullende verzekering pas ingaan op de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht per de einddatum van de detentie;
f. voor zover een verwijzing in de polis voor het inroepen van de zorg is vereist, de originele verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen als Zorg en Zekerheid hierom vraagt;
g. ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen dertig dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid te melden. Het gaat dan bijvoorbeeld om:
    - huwelijk, het aangaan van een samenlevingsverband;
    - echtscheiding, einde duurzaam samenlevingsverband;
    - overlijden;
    - geboorte;
    - wijziging IBAN;
    - adreswijziging;
    - e-mailadreswijziging;
    - aanvang en einde detentie.

    Wanneer de wijziging niet binnen dertig dagen aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de wijziging pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Uitzonderingen hierop zijn: geboorte (zie artikel 2.6.2), overlijden, en aanvang van detentie (zie onder e);
h. heeft u als verzekeringnemer/verzekerde, uitdrukkelijke toestemming verleend voor het elektronisch toesturen van de polis en/of van overige correspondentie? Dan verloopt zoveel mogelijk communicatie tussen u en Zorg en Zekerheid digitaal, voor zover wet- en regelgeving hieraan niet in de weg staan;
i. de verzekeringnemer/verzekerde is verplicht zich te onthouden van handelingen waardoor Zorg en Zekerheid in haar belangen kan worden geschaad;
j. de verzekeringnemer/verzekerde moet erop toezien dat op het polisblad de noodzakelijke wijzigingen zijn aangebracht;
k. alle gevolgen voortvloeiend uit het niet of niet-tijdig nakomen van de genoemde verplichtingen zijn voor rekening en risico van de verzekeringnemer/verzekerde.

5.2 Uitsluitingen
U heeft geen recht op vergoeding van kosten/zorg:
a. als de vorm van zorg of diensten wordt, of kan worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Jeugdwet, Wet langdurige zorg (Wlz), of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);

b. als de vorm van zorg of diensten wordt, of kan worden bekostigd op grond van uw zorgverzekering (basisverzekering);
c. wanneer veroorzaakt door, of ontstaan uit een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
d. indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan. Deze uitsluiting 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). Uitzondering op de tweede en derde volzin is wanneer een derde krachtens Nederlandse of buitenlandse wet voor de geleden schade aansprakelijk is;
e. als de zorg of dienst verleend wordt door uzelf en/of als u uzelf doorverwijst en de kosten daarvan declareert op uw eigen verzekering;
f. als uw partner, een gezinslid en/of familielid in de eerste of tweede graad u zorg of een dienst verleent en/of doorverwijst, tenzij wij hieraan voorafgaand toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de zorg of dienst uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd. Deze voorwaarde geldt niet voor zorg die via een Zvw-pgb wordt verstrekt;
g. als de zorg is genoten buiten Nederland met uitzondering van kosten genoemd in artikel 3 van Rubriek A;
h. voor behandelingen waarvoor een verwijzing en/of toestemming vereist is en die verwijzing en/of toestemming niet van te voren is aangevraagd/afgegeven;
i. als de zorg veroorzaakt is door grove schuld of opzet;
j. als deze een gevolg zijn van of verband houden met terrorisme voor zover niet anders is bepaald in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden NV (zie www.terrorismeverzekerd.nl);
k. zorgaanbieders die in het Extern Verwijzings Register (EVR) zijn geregistreerd of waarvan een bestuurder/feitelijke leidinggevende is geregistreerd in het EVR en waarvan wij op grond van die registratie hebben besloten de zorg niet te vergoeden. Wij informeren dan de zorgaanbieder dat u geen vergoeding van ons krijgt. De zorgaanbieder is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij de zorg verleend door hen niet vergoeden.

5.3 Dubbele dekking

a. u heeft geen recht op zorg, of de vergoeding van kosten of verstrekkingen, wanneer de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een verzekering van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of – ware deze verzekeringsovereenkomst niet gesloten, een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit vloeiende 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.

5.4 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens

Wij verwerken uw persoonsgegevens in overeenstemming met wet- en regelgeving zoals de Algemene verordening gegevensbescherming. Hoe wij dit doen, kunt u lezen in ons privacy statement op onze website.

Wat doen wij nog meer met uw persoonsgegevens? Wij:

a. stellen uw gegevens beschikbaar aan de zorgaanbieder voor het controleren van uw verzekeringsstatus;
b. gebruiken uw gegevens voor statistische analyse;
c. gebruiken uw gegevens voor controles en/of onderzoek onder verzekerden en zorgaanbieder of deze zorg daadwerkelijk is geleverd en/of doelmatig is;
d. kunnen voor de uitvoering van de zorgverzekering uw gegevens verstrekken aan derden, met inachtneming van de vigerende privacyregelgeving. Wanneer u dat wenst, vermelden wij daarbij niet uw adres. U kunt dit schriftelijk aan ons doorgeven;
e. kunnen gegevens uitwisselen om schade of kosten die wij vergoed hebben te verhalen, bijvoorbeeld op uw reisverzekeraar als die óók dekking biedt voor (ziekte)kosten, of op de aansprakelijkheidsverzekeraar van een andere persoon, die de schade of kosten veroorzaakt heeft.

5.5 Hoe gaan wij om met fraude?

Wanneer u of iemand namens u fraude pleegt, dan vervalt uw recht, en de vergoeding hiervan, op zorg. Wij vorderen alle eerder uitgekeerde kosten terug per de datum dat sprake is van fraude. Ook brengen wij kosten voor onderzoek naar fraude bij u in rekening.

Daarnaast hebben wij het recht uw lopende verzekeringsovereenkomst(en) bij Zorg en Zekerheid (zorgverzekering en/of aanvullende zorgverzekeringen) te beëindigen per de datum dat er sprake is van fraude, of wanneer uw naam op een sanctielijst staat.

Bij fraude registreren wij u, en/of de verzekerde, niet alleen in de gebeurtenissenadministratie en het interne verwijzingsregister maar ook in het Extern verwijzingsregister dat wordt beheerd door Stichting Centraal Informatiesysteem (CIS) te Den Haag. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit

en het Protocol Incidentenwaarschuwingsysteem Financiële Instellingen (PIFI). Bij fraude of een sterk vermoeden hiervan kunnen wij ook aangifte doen bij de politie.

5.6 Klachten en geschillen

Als u ontevreden bent met een beslissing van ons, of met onze dienstverlening dan kunt u binnen twaalf weken een klacht indienen.

U kunt uw klacht eenvoudig bij ons indienen door het invullen van het online klachtenformulier op onze website www.zorgenzekerheid.nl/klacht.

U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan onze Klachtencommissie: Zorg en Zekerheid, t.a.v. de Klachtencommissie, Postbus 400, 2300 AK LEIDEN.

Bent u niet tevreden met ons antwoord op uw klacht, of heeft u binnen tien weken (wij streven ernaar u binnen deze termijn te antwoorden) geen antwoord van ons ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil binnen een jaar voorleggen aan: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. U kunt het geschil ook voorleggen aan de burgerlijke rechter.

5.7 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze polisvoorwaarden zijn geregeld, beslist de Raad van Bestuur van Zorg en Zekerheid.
Vastgesteld door de Ledenraad op 5 november 2026 met ingang van 1 januari 2027.

Rubriek C Informatie aanvullende verzekering

Heeft u vragen? Op www.zorgenzekerheid.nl vindt u veel informatie. Ook kunt u de medewerkers van ons Contact Center bellen op 071 - 582 58 25. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 18.00 uur of maak een afspraak om langs te komen op ons servicepunt in Leiden.

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 en (indien van toepassing) te wijzigen. Bovendien kunt u via MijnZZ of via de Zorg en Zekerheid app uw nota's online declareren. U kunt in MijnZZ inloggen met uw DigiD-account via www.zorgenzekerheid.nl/mijnzz.

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 zorgaanbieder.

U kunt uw nota's op de volgende manieren indienen:

- schrijf uw relatienummer op de originele nota en declareer uw nota('s) online via MijnZZ (www.zorgenzekerheid.nl/mijnzz) of dien uw declaratie in via de Zorg en Zekerheid app (gratis te downloaden via de App Store of Google Play Store), of;
- schrijf uw relatienummer op de originele nota en stuur uw originele nota('s) in een voldoende gefrankeerde enveloppe naar:

  Zorg en Zekerheid
  T.a.v. de Afdeling Declaraties
  Postbus 428
  2300 AK LEIDEN

- originele nota's blijven in bezit van Zorg en Zekerheid. Voor uw eigen administratie adviseren wij u een kopie te maken;
- indien u een nota heeft geüpload dient u de originele nota minimaal drie jaar na uploaden te bewaren. Binnen deze periode kunnen wij de nota nog opvragen voor controle;
- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 3 jaar na de factuurdatum van de behandeling. Indien er geen datum op de factuur van de behandeling staat, loopt de inzendtermijn van nota's tot 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming te vragen; welke dat zijn kunt u terugvinden in deze polisvoorwaarden onder Rubriek A Omvang dekking Aanvullende verzekering.

Hoe krijg ik mijn buitenlandnota vergoed?

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

  Zorg en Zekerheid
  T.a.v. de Afdeling Declaraties Buitenland
  Postbus 428
  2300 AK LEIDEN

- 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 zorgaanbieder zijn gewaarmerkt;
- 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;
- als 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;
- vertaalkosten, als bedoeld in het voorgaande gedachtestreepje, komen niet voor een vergoeding in aanmerking;

- de vergoeding van de gemaakte kosten vindt plaats in Nederland, in euro’s. Dit met inachtneming van de omrekenkoers conform de richtlijnen van de Europese Centrale Bank (ECB). 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.

Eén IBAN

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

Zorg en Zekerheid
Beter in jouw buurt

Postbus 400
2300 AK Leiden

zorgenzekerheid.nl
071 - 582 58 25

K.v.K. 28050216
AFM nummer 12001019

Onderlinge Waarborgmaatschappij
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.