Begripsomschrijving 5

Aanvullende verzekering 15

Rubriek A Omvang dekking 15

Artikel 1 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen 15
Artikel 2 Oogzorg 16
Artikel 3 Buitenland 17
Artikel 4 Farmaceutische hulp 20
Artikel 5 Geboortezorg 21
Artikel 6 Herstel en verblijf 24
Artikel 7 Huidtherapie 27
Artikel 8 Hulpmiddelen 29
Artikel 9 Medisch-specialistische hulp 31
Artikel 10 Paramedische behandelingen 32
Artikel 11 Preventie 38
Artikel 12 Psychologische zorg 40
Artikel 13 Tandheelkundige hulp 41
Artikel 14 Overige 45

Rubriek B voorwaarden aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid . 48

1. Algemene bepalingen 48
2. Aanvraag, aanvang en beëindiging van uw aanvullende verzekering 49
3. Premie 50
4. Wijziging premie en voorwaarden 52
5. Overige bepalingen 52

Rubriek C Informatie 55

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.

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 Toelating Zorginstellingen (WTZi) 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, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de 'Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte') zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

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

Gebruiker
- Een bestaande gebruiker heeft:
  a. eerder de betreffende vergoeding gebruikt én heeft de aanvullende verzekering niet gewijzigd; of
  b. eerder de betreffende vergoeding gebruikt, is tijdelijk niet (AV-)verzekerd geweest en is nu weer met dezelfde aanvullende verzekering als de voorlaatste aanvullende verzekering verzekerd.
- Een nieuwe gebruiker heeft:
  a. nog nooit de betreffende vergoeding gebruikt; of
  b. de betreffende vergoeding wel eerder gebruikt maar heeft de aanvullende verzekering gewijzigd; of
  c. eerder de betreffende vergoeding gebruikt, is tijdelijk niet (AV-)verzekerd geweest en is nu met een andere aanvullende verzekering dan de voorlaatste aanvullende verzekering verzekerd.

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 zorgverlener of zorginstelling gesloten overeenkomst.

Geregistreerd-mondhygiënist
De geregistreerd-mondhygiënist voldoet aan de volgende voorwaarden:
- heeft de huidige vierjarige opleiding tot mondzorgkundige afgerond met een diplomadatum van 2006 of later;
- heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken gemaakt met een tandarts over de achterwacht (o.a. over nazorg en pijnklachten);
- is opgenomen in het tijdelijke BIG-register, experimenteerartikel 36a;
- is in het bezit van het certificaat toezichthoudend medewerker stralingsbescherming.

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 Individueel Register Fysiotherapie, 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.

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

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

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 Toelating Zorginstellingen (WTZi).

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 Individueel Register Fysiotherapie, 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 Toelating Zorginstellingen (WTZi) 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 Individueel Register Fysiotherapie, 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 8 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 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 vrijgevestigd mondhygiënist, die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’, en bevoegdheid heeft op grond van artikel 4 van het Besluit functionele zelfstandigheid alsmede het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist.

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 Individueel Register Fysiotherapie, 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, 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.

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.

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.

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 Individueel Register Fysiotherapie, 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) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

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.

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

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 tenminste 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 toelating zorginstellingen (WTZi) 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.

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 Omvang dekking

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 27 oktober 2022. De vergoedingen voor de (medische) kosten vanuit de aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid zijn gebaseerd op het door of namens ons met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als er geen tarief is overeengekomen, vergoeden wij de (medische) kosten volgens het in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde tarief. 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?
Als kosten worden gezien de kosten van consulten, behandelingen en geneesmiddelen. Per verzekerde komen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking de kosten van:
- homeopathische/antroposofische geneesmiddelen;
- de volgende alternatieve behandelwijzen:
  - acupunctuur;
  - antroposofie;
  - chiropractie;
  - cranio sacraal therapie;
  - haptotherapie;
  - (klassieke) homeopathie;
  - manuele geneeskunde;
  - 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; én
- zijn geregistreerd door de databank van het College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). De lijst met geregistreerde middelen kunt u raadplegen op www.cbg-meb.nl. Het gaat dan in ieder geval om geregistreerde homeopathische/antroposofische geneesmiddelen van één van de volgende fabrikanten: Wala®, Weleda®, Heel®, Vogel®, Biohorma®, Vsm®, Reckeweg®, Dolyssos® of Steigerwald®.

Behandelwijzen:
- 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 een geldig bijpassende AGB-code heeft, voorbeeld een homeopaat heeft een AGB-code voor Homeopathie. Zie ook **www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.**

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

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

Artikel 2 Oogzorg

2.1 Brillenglazen, brilmonturen en contact- of premiumlenzen

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 contact- of premiumlenzen.

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.

Als u een bril of lenzen van ons vergoed heeft gekregen in 2022, dan komt u pas in 2024, in afwijking van het voorgaande en indien u daarvoor aanvullend verzekerd bent, voor het eerst in aanmerking voor een (eventuele) nieuwe bril of lenzen.

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 contact- en premiumlenzen samen.

AV-GeZZin Compact	**AV-Basis AV-Sure AV-Standaard**	**AV-Top**	**AV-GeZZin**	**AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	Enkelvoudig 100% max. € 25,00, multifocaal max. € 50,00 (vanaf 2.25 dioptrie) éénmaal per 3 kalenderjaren	Enkelvoudig 100% max. € 50,00, multifocaal max. € 100,00 (vanaf 2.25 dioptrie) éénmaal per 3 kalenderjaren	Enkelvoudig 100% max. € 50,00 multifocaal max. € 100,00 (vanaf 2.25 dioptrie) éénmaal per 3 kalender jaren of meeverzekerde kinderen t/m 12 jaar éénmaal per kalenderjaar een kinderbril vanaf 0 dioptrie tot max vergoeding	Enkelvoudig en multifocaal 100% max. € 100,00 (vanaf 2.25 dioptrie) éénmaal per 3 kalenderjaren	Enkelvoudig en multifocaal 100% max. € 150,00 (vanaf 0 dioptrie) éénmaal per 3 kalenderjaren of meeverzekerde kinderen t/m 12 jaar éénmaal per kalenderjaar een kinderbril vanaf 0 dioptrie, max. € 150,00

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

Artikel 3 Buitenland

3.1 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.

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.

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

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

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

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige hulp en/of tandheelkundige hulp 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 71 5 825 444) of eventueel per e-mail (alarmcentrale@anwb.nl) of fax (+31 70 3 147 040);
- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist wordt meegestuurd.

De vergoeding is per kalenderjaar.

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 € 0,37 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie en/of zakenreis;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland.

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

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);
- overbrenging van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar Nederland, en;
- de dringend medisch noodzakelijke toezending van geneesmiddelen.

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 of in opdracht van 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 sociale (niet-medische) gronden worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

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-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 600,00

3.5 Fysiotherapie op vakantie
Wat wordt er vergoed?
Fysiotherapie op vakantie of zakenreis, stage- of studieperiode bij een chronische indicatie.

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-GeZZin Compact, AV-Top, AV-GeZZin, 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 (het voorkeursbeleid en laagste prijs beleid) 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 zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het in de markt gebruikelijke 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-Top AV-GeZZin 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 AV, als er sprake is van niet-chronisch gebruik;
- als er sprake is van chronisch gebruik, is er vergoeding voor de eerste vijftien dagen waarin de kosten voor eigen rekening komen;
- het gaat in dit geval alleen om maagzuurremmers die als zodanig geregistreerd staan;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het in de markt gebruikelijke 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-GeZZin Compact	**AV-Basis** **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100% maximaal € 35,00

4.3 Vaccinaties

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de vaccinaties vallen buiten het Rijksvaccinatieprogramma;
- de toediening moet na overleg met uw huisarts uitgevoerd worden door een arts;
- 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-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-Plus**	**AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 200,00

Artikel 5 Geboortezorg

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

5.1 Kraampakket

Wat wordt er vergoed?
Verzekerden die zwanger zijn of een baby adopteren, kunnen bij Zorg en Zekerheid een kraampakket aanvragen. Als beide ouders verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid, is er slechts recht op 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-Top** **AV-GeZZin** **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**
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 75,00	100% tot maximaal € 100,00	100% tot maximaal € 262,00 voor kraamzorg en 100% tot maximaal € 300,00 voor poliklinische bevalling zonder medische indicatie

5.3 Vergoeding verlengde of uitgestelde kraamzorg

5.3.1 Vergoeding verlengde kraamzorg

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het kraambureau stelt de indicatie vast in overleg met de verloskundige;
- de zorg moet worden verleend door een kraamcentrum dat is ingezet via de Kraamlijn, u kunt de zorg aanvragen via **www.zorgenzekerheid.nl/aanvragenkraamzorg**;
- de verlengde kraamzorg moet aansluiten op de reguliere kraamperiode (de periode van tien dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) of op het ziekenhuisontslag (maximaal tien dagen na de bevalling).

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

5.3.2 Vergoeding uitgestelde kraamzorg

Wat wordt er vergoed?
Als u geen aanspraak meer kunt maken op reguliere en/of verlengde kraamzorg, kunt u mogelijk nog in aanmerking komen voor uitgestelde kraamzorg. Dit kan bijvoorbeeld zijn wanneer u langer in het ziekenhuis moest verblijven na een keizersnede, bij geboorte van een meerling of als er sprake is van 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 kraamcentrum dat is ingezet via de Kraamlijn, u kunt de zorg aanvragen via **www.zorgenzekerheid.nl/aanvragenkraamzorg**;
- u kunt tot maximaal zes weken na de bevalling of na adoptie van kinderen jonger dan zes maanden aanspraak maken op vergoeding van uitgestelde kraamzorg. Bij couveusekinderen geldt de termijn van zes weken niet.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

5.4 Borstkolf

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

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

5.5 Zwangerschapscursus

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de cursus vindt plaats tijdens de zwangerschap en dient ter voorbereiding op de bevalling;
  Of;
- de cursus dient ter bevordering van het fysieke herstel en vindt plaats tot maximaal zes maanden na de bevalling.

De cursus wordt georganiseerd door:
- een 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 van yogadocenten Nederland, 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-GeZZin** **AV-Top** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 100,00

5.6 Borstvoedingscursus

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

5.7 Lactatiekundige

Wat wordt er vergoed?
De kosten van een lactatiekundige per verzekerde, 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-Plus** **AV-Top**	**AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 150,00

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 of zorghotel 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-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	Maximaal € 35,00 per dag met een maximum van € 1.050,00	Maximaal € 50,00 per dag met een maximum van € 1.500,00

6.2 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.

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

6.3 Logeerhuis

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

6.4 Therapeutisch kamp voor jongeren

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- het therapeutische kamp is in Nederland;
- de organisatie is in handen van een 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-Basis** **AV-Standaard**	**AV-Top**	**AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 350,00	100% tot maximaal € 300,00	100% tot maximaal € 350,00

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 per verzekerde, per kalenderjaar. De vervangende mantelzorg kan worden ingezet voor minimaal één dag. U kunt ook minder dan 24 uur zorg op één dag afnemen, wij rekenen dit, ongeacht het aantal uur dat u ontvangt, als één dag.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
De vervangende mantelzorg moet worden geregeld en gedeclareerd door de Stichting Handen in Huis of de Mantelaar.

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-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding *	Tot maximaal 15 dagen

*bent u lid van een werkgeverscollectiviteit? Dan krijgt u een vergoeding tot maximaal 7 dagen.

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

Artikel 7 Huidtherapie

7.1 Acnebehandeling

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de huidtherapeut bepaalt eerst uw zorgprofiel;
- bij zorgprofiel 1 tot en met 4 kan de huidtherapeut u behandelen;
- voor behandeling bij zorgprofiel 1 kan de huidtherapeut u eventueel verwijzen naar een schoonheidsspecialist, gespecialiseerd in acne;
- behandelingen door een schoonheidsspecialist, gespecialiseerd in acne, komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking indien het zorgprofiel 1 betreft;
- de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut of door een schoonheidsspecialist die voor acnebehandeling geregistreerd is bij de ANBOS of in het SKIN-register;
- indien de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut dan dient deze geregistreerd te staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de behandelingen worden uitgevoerd conform het document zorgprofielen integrale Acnetherapie, zoals opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapie;
- het zorgprofiel dient vermeld te worden op de nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

7.2 Camouflagetherapie

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de huidafwijking bevindt zich in gezicht of hals;
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut of door een schoonheidsspecialist die voor camouflagebehandeling geregistreerd is bij de ANBOS of in het SKIN-register;
- indien de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut dan dient deze geregistreerd te staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- u moet beschikken over een verwijzing van uw behandelend arts, die op verzoek aan Zorg en Zekerheid moet worden toegestuurd.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

7.3 Dermatografie (medische tatoeage)

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

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?
- de behandeling moet worden uitgevoerd door een huidtherapeut die geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- 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-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 200,00	75% tot maximaal € 200,00	100% tot maximaal € 250,00

7.4 Elektrisch ontharen of laserontharing

Wat wordt er vergoed?
Vrouwelijke verzekerden komen eenmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de kosten van 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 bij de ANBOS of in het SKIN-register;
- indien de behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut dan dient deze geregistreerd te staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- u moet een beschikken over een verwijzing van uw behandelend arts en deze meesturen met de (eerste) nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

	AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Bestaande gebruikers	Geen vergoeding	50% tot maximaal € 550,00	75% tot maximaal € 1.100,00	100% tot maximaal € 1.500,00
Nieuwe gebruikers vanaf 2018	Geen vergoeding	50% tot maximaal € 550,00	75% tot maximaal € 600,00	100% tot maximaal € 800,00

7.5 Voetverzorging voor verzekerden met diabetes of reumapatiënten

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. Bij een verzekerde met diabetes type 1 en type 2 komt voetverzorging voor vergoeding in aanmerking bij Zorgprofiel 1.

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.

Welke kosten worden niet vergoed?
- voetzorg bij de indicatie artrose;
- de jaarlijkse voetcontrole (deze wordt vanaf zorgprofiel 1 vergoed uit 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-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-GeZZin**	**AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 210,00

Artikel 8 Hulpmiddelen

8.1 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

Wat wordt er vergoed?
Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van:
- 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-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 70,00 per hulpmiddel	100% tot maximaal € 140,00 per hulpmiddel	100% tot maximaal € 200,00 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-Top** **AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 85,00

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-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 35,00	100% tot maximaal € 70,00	100% tot maximaal € 100,00

8.4 Hulpmiddelen bij thuisverpleging

Wat wordt er vergoed?
Verzekerden komen eenmalig voor de gehele duur van de verzekering in aanmerking voor vergoeding van de aanschafkosten van:
- een heupondersteuningsband;
- een aankleedstok;
- een 'helping hand';
- een heupbeschermer;
- een drie- of vierpoot;
- een looprek;
- krukken.

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?
Het hulpmiddel moet door de behandelend arts of verloskundige zijn voorgeschreven. Dit voorschrift moet meegezonden worden met de nota.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

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 zorgverlener, thuiszorgorganisatie of gecontracteerde instelling.

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

Artikel 9 Medisch-specialistische hulp

9.1 Flebologie/proctologie
Wat wordt er vergoed?
In aanmerking komen de kosten van consulten, verbandmiddelen en injecties voor flebologische en proctologische behandelingen per verzekerde, per kalenderjaar. 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-GeZZin Compact**	**AV-Basis** **AV-Standaard**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 75,00	75% tot maximaal € 100,00	100% tot maximaal € 150,00

9.2 Sterilisatie

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Sterilisatie bij mannen

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Plus**	**AV-Top** **AV-GeZZin**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	– 100% tot maximaal € 300,00, als de behandeling door een huisarts wordt uitgevoerd; – 75% tot maximaal € 300,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.	100% tot maximaal € 300,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis of door de huisarts wordt uitgevoerd.

Sterilisatie bij vrouwen

AV-Basis **AV-Sure** **AV-Standaard** **AV-GeZZin Compact** **AV-Plus**	**AV-Top** **AV-GeZZin**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 1.200,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.	100% tot maximaal € 1.200,00, 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 oorstandcorrecties bij verzekerden jonger dan 15 jaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

Artikel 10 Paramedische behandelingen

10.1 Fysiotherapie 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 artrose aan heup- en kniegewrichten;
- behandelingen op basis van de indicatie COPD;
- behandelingen waar u vanuit de basisverzekering of Wlz aanspraak op heeft.

Speciale handelingen en materialen
In sommige gevallen verricht de therapeut speciale handelingen 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/pols spalk 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. Alleen de volgende zorgverleners mogen de zorg verlenen:

	Fysiotherapie	Verbijzonderde fysiotherapie excl. oedeem-/ littekentherapie	Oedeem-/ littekentherapie	Oefentherapie	Verbijzonderde oefentherapie
Fysiotherapeut	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Verbijzonderd fysiotherapeut	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Oefentherapeut	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
Verbijzonderd oefentherapeut	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Oedeemtherapeut of huidtherapeut	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee

- de (verbijzonderd) fysiotherapeut moet voor de betreffende specialisatie geregistreerd staan in het Individueel Register Fysiotherapie, het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL of het Individueel Register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie;
- de (verbijzonderd) oefentherapeut moet voor de betreffende specialisatie geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (status kwaliteitsgeregistreerd);
- komt u in aanmerking voor gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) door perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 (claudicatio intermittens)? Dan moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut voor claudicatio intermittens zijn aangesloten 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;
- 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 maximaal negen behandelingen manuele therapie vergoed. Hierbij tellen zowel de behandelingen uit de basisverzekering als aanvullende verzekering mee.

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 artrose van het heup- of kniegewricht, claudicatio intermittens Fontaine II, COPD Gold klasse II of hoger of voor urine-incontinentie door middel van bekkenfysiotherapie? 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.

Staat uw aandoening niet in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) en u wordt niet behandeld voor artrose van het heup- of kniegewricht, claudicatio intermittens Fontaine II, COPD Gold klasse II of hoger of urine-incontinentie door middel van bekkenfysiotherapie? 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.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?
Als u zorg gaat ontvangen aansluitend op een opname in een ziekenhuis, verpleeghuis of instelling voor revalidatie (dagbehandeling) en de zorg is niet gericht op een aandoening die staat vermeld in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst), maar gericht op de bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling, dan heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. Uw behandelend fysiotherapeut kan deze toestemming namens u aanvragen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?
Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. De maximale vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerd**. Uitzonderingen zijn:
- de prestaties “screening”, “intake en onderzoek na screening” en “screening en intake en onderzoek” (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed;
- de “toeslag voor behandeling aan huis”, de “toeslag voor behandeling in een instelling” en de “toeslag voor eenmalige behandeling op de werkplek” door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed;
- de vergoeding voor een verbijzonderde behandeling (bijvoorbeeld kinderoefentherapie) door een niet-gecontracteerde zorgverlener is gelijk aan de vergoeding voor een reguliere behandeling bij een niet-gecontracteerde zorgverlener (er wordt geen opslag toegekend).

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

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

	AV-GeZZin Compact	**AV-Basis AV-Sure AV-Standaard**	**AV-Top AV-GeZZin AV-Plus**	**AV-Totaal**
Fysiotherapie (alle soorten)	Maximaal 9 behandelingen *	Maximaal 12 behandelingen **	Maximaal 25 behandelingen ***	Maximaal 40 behandelingen
Oefentherapie (alle soorten)		Maximaal 12 behandelingen **	Maximaal 25 behandelingen ***	Maximaal 40 behandelingen

Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit? Dan ontvangt u extra vergoeding: * 1 behandeling extra, ** 2 behandelingen extra, *** 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-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	75% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	100% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren

10.1.2 Beweegprogramma Fitkids of JOGG leefstijlinterventieprogramma

Wat wordt vergoed?

Een volledig doorlopen Fitkids beweegprogramma geleverd door een gecontracteerde fysiotherapeut die bij Fitkids is aangesloten. Of een volledig doorlopen leefstijlinterventieprogramma in het kader van JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht) door een gecontracteerde fysiotherapiepraktijk met het kwaliteitslabel A of B. U vindt de gegevens van de gecontracteerde fysiotherapeuten met dit kwaliteitslabel op **www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker** of u kunt deze opvragen via ons Contact Center (071) 5 825 825 of bij één van onze verzekeringswinkels. Zowel Fitkids als JOGG hanteren eigen voorwaarden om aan het beweegprogramma deel te kunnen nemen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	75% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	100% tot maximaal € 500,00 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 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?

- de prestaties “screening”, “intake en onderzoek na screening” en “screening en intake en onderzoek” (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- de “toeslag voor uitbehandeling” door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- diëtetiek bij de indicatie overgewicht.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?
Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats van maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke 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-GeZZin Compact** **AV-Plus**	**AV-Top** **AV-GeZZin**	**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-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 ergotherapie wordt gegeven door een ergotherapeut in een behandelruimte of op het huisadres van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen;
- 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 niet vergoed?
- de prestaties “screening”, “intake en onderzoek na screening” en “screening en intake en onderzoek” (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- de “toeslag voor behandeling aan huis”, “toeslag voor behandeling in een instelling” en “toeslag voor behandeling op de werkplek” door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?
Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats van maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

10.4 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 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-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 50,00	100% tot maximaal € 100,00	100% tot maximaal € 125,00

10.5 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-GeZZin Compact** **AV-Plus**	**AV-Top**	**AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 350,00	100% tot maximaal € 400,00

Artikel 11 Preventie

11.1 GeZZondcheck

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

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/zorgzoeker**;
- 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-Top** **AV-GeZZin** **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:
- Afvallen bij overgewicht;
- EHBO-cursus, reanimatiecursus of AED-training;
- Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO);
- Zelfmanagement:
  - Leren omgaan met een ziekte of aandoening;
  - Mantelzorgcursus;
  - Slaapcursus;
  - Stoppen met roken.

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-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding *	50% tot maximaal € 115,00 *	75% tot maximaal € 150,00 *	100% tot maximaal € 175,00

*Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit? Als u een slaapcursus volgt, krijgt u 100% tot maximaal € 200,00 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-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding *	75% tot maximaal € 115,00 *	100% tot maximaal € 150,00

*Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit? Dan krijgt u 100% tot maximaal € 150,00 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-GeZZin Compact**	**AV-Sure**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 120,00	100% tot maximaal € 100,00	100% tot maximaal € 150,00

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?

a. u bent lid van een werkgeverscollectiviteit;
b. 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;
c. 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-Top AV-GeZZin Compact AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding *	Geen vergoeding

* Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit? Dan krijgt u eenmalig 100% tot maximaal € 300,00 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 SBLP (onderdelen NVPIT, NVBT en NIBA);
- 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 door een therapeut die lid is van de NVPA;
- 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 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-GeZZin Compact	AV-Sure	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 200,00	75% tot maximaal € 320,00	100% tot maximaal € 500,00

12.2 Lichttherapie

Wat wordt er vergoed?

Eénmaal per kalenderjaar komen de kosten van het huren van een Bright Light (lichttherapie voor seizoensdepressie), voor een periode van maximaal 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-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Voor een periode van maximaal 10 dagen tot een maximum van € 7,00 per dag of éénmalig de kosten voor de aanschaf tot een maximum van € 70,00

Artikel 13 Tandheelkundige hulp

Wat zijn de algemene voorwaarden voor vergoeding?
Kosten van een tandheelkundige behandeling worden alleen vergoed als 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.

Behandelingen gericht op controle, preventie, mondhygiëne en tandvleesproblemen kunnen uitgevoerd en in rekening gebracht worden door een vrijgevestigde mondhygiënist en een geregistreerd-mondhygiënist. Verdovingen, vullingen en het maken van kleine röntgenfoto's kunnen ook uitgevoerd en in rekening gebracht worden door een geregistreerd-mondhygiënist. De bijbehorende behandelingen zijn beschreven in artikel 13.2.1 en 13.2.2. De vergoeding van de bijbehorende prestatiecodes vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**.

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;
- bleken van elementen (met uitzondering van inwendig bleken vanuit de AV-Totaal);
- 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 zorgverlener gaat;
- de behandeling triggerpoint met botox.

13.1.1 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 13.1.2.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-Sure AV-Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 150,00	75% tot maximaal € 250,00	75% tot maximaal € 500,00	85% tot maximaal € 1.000,00

13.1.2 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-Plus	AV-GeZZin Compact	AV-Top	AV-GeZZin	AV-Totaal
Bestaande gebruikers	Geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.000,00	100% tot maximaal € 1.750,00	100% tot maximaal € 2.000,00	100%
Nieuwe gebruikers vanaf 2018	Geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.000,00	100% tot maximaal € 1.500,00	100% tot maximaal € 1.750,00	100%

13.2 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

13.2.1 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, mondhygiënist of geregistreerd-mondhygiënist.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-Sure AV-Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 150,00 *	100% tot maximaal € 250,00 **	100% tot maximaal € 500,00 ***	100% tot maximaal € 1.000,00

Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit? Dan ontvangt u extra vergoeding:* € 50,00 extra, ** € 25,00 extra, *** € 100,00 extra

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

13.2.2 Overige tandheelkundige behandelingen

Wat wordt er vergoed?

- benodigde tandheelkundige behandelingen, gedeclareerd door een tandarts;
- benodigde tandheelkundige behandelingen, gedeclareerd door een vrijgevestigde mondhygiënist of een geregistreerd-mondhygiënist. De vergoeding van de bijbehorende prestatiecodes vindt u op **www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**;
- 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-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 150,00 *	75% tot maximaal € 250,00 **	75% tot maximaal € 500,00 ***	85% tot maximaal € 1.000,00

Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit? Dan ontvangt u extra vergoeding:* € 50,00 extra, ** € 25,00 extra, *** € 100,00 extra

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

13.2.3 Delen

Wat wordt er vergoed?

Tweemaal de maximale vergoeding per type aanvullende verzekering voor de zorg zoals genoemd in artikel 13.2 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 13.2 blijven van kracht.

Welke kosten worden niet vergoed?

- implantaten in een betande kaak;
- ongevalsdekking.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Delen € 150,00 in combinatie met AV-Sure, AV-Standaard	AV-Delen € 250,00 in combinatie met AV-GeZZin Compact	AV-Delen € 500,00 in combinatie met AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus	AV-Delen € 1.000,00 in combinatie met AV-Totaal
Tot maximaal € 300,00 per 2 deelnemers *	Tot maximaal € 500,00 per 2 deelnemers **	Tot maximaal € 1.000,00 per 2 deelnemers ***	Tot maximaal € 2.000,00 per 2 deelnemers

Bent u lid van een werkgeverscollectiviteit? Dan ontvangt u extra vergoeding: * € 100,00 extra, ** € 50,00 extra, *** € 200,00 extra

13.3 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;
- die voorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van orthodontische zorg;
- vanaf een jaar na de datum van het ongeval die ontstaan zijn ten gevolge van een ongeval in het buitenland. Meer informatie over tandheelkundige hulp in het buitenland kunt u vinden in artikel 3.2.2 in deze polisvoorwaarden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
100% tot maximaal € 10.000,00 per gebeurtenis

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

Artikel 14 Overige

14.1 Bezoekkosten opgenomen gezinslid

Wat wordt er vergoed?

Bij opname van 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 de 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 kortst gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de ‘kortste route’ volgens de ANWB routeplanner op anwb.nl/routeplanner;
- als u reist met eigen vervoer dan geldt een vergoeding van € 0,37 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-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus**	**AV-Totaal**
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 250,00	100% tot maximaal € 300,00

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 zijn voor uw eigen rekening;
- donaties en steunend lidmaatschap.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

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

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-GeZZin Compact**	**AV-Top** **AV-GeZZin** **AV-Plus** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 113,00

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

14.5 Lidmaatschap thuiszorgorganisaties

Wat wordt er vergoed?
De 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-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 2022-2023 komt daarom ten laste van het kalenderjaar 2022 en wordt niet vergoed in 2023;
- 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-GeZZin Compact** **AV-Top** **AV-Plus**	**AV-GeZZin** **AV-Totaal**
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 50,00

Rubriek B voorwaarden aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid

1. Algemene bepalingen

1.1 Voor wie

De aanvullende verzekering staat 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 alleen een aanvullende verzekering 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.

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’.

1.3 Wie mag de zorg verlenen

Voor zorg uit de aanvullende verzekering bent u vrij om te kiezen naar welke zorgverlener u gaat. Dit sluit echter niet uit dat de zorgverlener aan bepaalde voorwaarden moet voldoen; dit vindt u dan bij het betreffende zorgartikel. Voor een aantal vormen van zorg, waaronder paramedie, hebben wij zorgverleners gecontracteerd. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener 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.

1.4.1 De hoogte van de vergoeding is het bedrag dat wij overeengekomen zijn met de zorgverlener. 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**.

1.4.2 U heeft als verzekerde alleen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg gemaakt gedurende de looptijd van de verzekering tenzij sprake is van een onvolledige/onjuiste aanvraag zoals bedoeld in artikel 2.2 of van fraude (zie artikel 5.5). 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 zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/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 in principe 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 op 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarop wij u de afwijzing hebben meegedeeld. 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 verzekering(en) 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.

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 jonger dan 18 jaar die alleen op het polisblad staan, waarvan de ouders niet zijn verzekerd bij ons, betalen geen premie en worden verzekerd in de AV-Sure;
e. 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;
f. de AV-Delen heeft alleen betrekking op tandheelkundige hulp zoals vermeld in artikel 13.2 van deze polisvoorwaarden;
g. 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 heeft.

2.4 Begin, einde en duur van uw verzekering

2.4.1 Uw verzekering gaat in op 1 januari van een kalenderjaar of op een door ons op het meest actuele polisblad aangegeven andere datum. 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.

2.4.2 Als wij voor het afhandelen van uw aanvraag voor een 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.

2.4.3 De verzekering eindigt:
- na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer vóór 1 januari enig jaar opzegt (zie 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 4.2 en wel op de wijze als in 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 2.7 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

2.6.1 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 g.

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. Of op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde de 18 jarige leeftijd bereikt.

2.6.2 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.

2.6.3 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

2.7.1 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.

2.7.2 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. 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.

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 hoeft geen premie te betalen, indien één van de ouders ook een aanvullende verzekering heeft afgesloten bij Zorg en Zekerheid. 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 een bedrag dat u nog van ons verwacht naar aanleiding van een declaratie.

3.3 Niet-tijdig betalen

3.3.1 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.

3.3.2 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.

3.3.3 Als wij een incassobureau inschakelen voor de incasso van onze vordering, dan komen alle kosten van invordering voor uw rekening. Zowel de gerechtelijke als buitengerechtelijke kosten. Het bedrag van de buitengerechtelijke incassokosten wordt vastgesteld volgens de Wet normering buitengerechtelijke incassokosten en het bijbehorende Besluit met een minimum van € 40,00. De buitengerechtelijke kosten bent u verschuldigd vanaf het moment waarop u in gebreke bent.

3.3.4 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

Grondslag van de premie
Korting collectiviteit ten aanzien van de aanvullende verzekering
_____-
Tussenresultaat (te betalen premie)

Internetkorting_____-
Tussenresultaat (te betalen premie)

Korting betaaltermijnen_____-
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.

3.8 Internetkorting

U kunt een internetkorting aanvragen op uw aanvullende verzekering. U ontvangt internetkorting als u:

a. uitsluitend gebruikmaakt van digitale correspondentie (zoals declaratiespecificaties en facturen) voor al uw verzekeringen van Zorg en Zekerheid; én
b. een machtiging geeft voor automatische incasso van de premie voor al uw verzekeringen van Zorg en Zekerheid.

Wanneer u voldoet aan de bovenstaande voorwaarden ontvangt u 2% korting op uw aanvullende verzekering. De internetkorting vervalt op het moment dat u niet meer voldoet aan één of beide voorwaarden.

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.

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, 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 d);

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 verleend wordt door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij wij hieraan voorafgaand toestemming hebben gegeven;
f. als de zorg is genoten buiten Nederland met uitzondering van kosten genoemd in artikel 3 van Rubriek A;
g. voor behandelingen waarvoor een verwijzing en/of toestemming vereist is en die verwijzing en/of toestemming niet van te voren is aangevraagd/afgegeven;
h. als de zorg veroorzaakt is door grove schuld of opzet;
i. 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).

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 privacystatement op onze website.

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.

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 27 oktober 2022 met ingang van 1 januari 2023

Rubriek C Informatie

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

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 of, indien van toepassing, te wijzigen. Bovendien kunt u via MijnZZ 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 zorgverlener.

- schrijf uw relatienummer op de originele nota en declareer uw nota('s) online via MijnZZ (**www.zorgenzekerheid.nl/mijnzz**). De originele nota dient u minimaal drie jaar na uploaden te bewaren. Binnen deze periode kunnen wij de nota nog opvragen voor controle;
- 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 aan:
  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;
- de inzendtermijn voor nota's loopt 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.

Hoe krijg ik mijn buitenlandnota vergoed?

- bij de declaratie van in het buitenland gemaakte kosten moet u naast de originele nota ook een declaratieformulier indienen. Dit formulier is te downloaden via **www.zorgenzekerheid.nl/brochures** of verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid. De originele nota kunt u samen met het declaratieformulier 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 zorgverlener 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 buur

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.