Warunki ubezpieczenia 2021

Ubezpieczenie podstawowe

Zorg Zeker Polis

Zorg en Zekerheid
zorgverzekeraar

W wypadku zaistnienia jakichkolwiek sporów wynikających z interpretacji tekstu, obowiązująca jest niderlandzkojęzyczna wersja tekstu warunków ubezpieczenia

Definicje pojęć 5

Ubezpieczenie podstawowe Zorg Zeker Polis 13

Rubryka A Ogólne warunki ubezpieczenia 13

Artykuł 1. Postanowienia ogólne 13
Artykuł 2. Rozpoczęcie, czas trwania i zakończenie okresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym 16
Artykuł 3. Składka i ryzyko własne 18
Artykuł 4. Pozostałe warunki 22

B Zakres ubezpieczenia 26

Opieka medyczna 26
Artykuł 5. Opieka lekarza pierwszego kontaktu 26
Artykuł 6. Specjalistyczna opieka medyczna (z wyłączeniem opieki w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień) 27
Artykuł 7. Opieka położnicza i opieka poporodowa 29
Artykuł 8. Rehabilitacja 31
Artykuł 9. Transplantacje organów 32
Artykuł 10. Dializa 33
Artykuł 11. Mechaniczne podtrzymywanie oddychania 33
Artykuł 12. Choroby nowotworowe u dzieci 34
Artykuł 13. Opieka medyczna dla pacjentów cierpiących na zakrzepicę 34
Artykuł 14. Poradnictwo genetyczne 34
Artykuł 15. Opieka audiologiczna 34
Artykuł 16. Opieka związana ze stymulacją zapłodnienia 35
Artykuł 17. Opieka paramedyczna 36
Artykuł 18. Opieka stomatologiczna 40
Artykuł 19. Opieka farmaceutyczna 44
Artykuł 20. Środki pomocnicze 48
Artykuł 21. Transport chorych 48
Artykuł 22. Za granicą 51
Artykuł 23. Opieka w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień (GGZ) 51
Artykuł 24. Opieka kompleksowa 56
Artykuł 25. Rzucanie palenia 57
Artykuł 26. Opieka dla osób z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu 57
Artykuł 27. Opieka medyczna i pielęgniarska 58
Artykuł 28. Kompleksowy program zmiany trybu życia 59
Artykuł 29. Druga opinia 60

Rubryka C Informacje 61

Definicje pojęć

Lekarz
Lekarz zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG.

Ubezpieczenie podstawowe
Ubezpieczenie zdrowotne zgodne z Ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym (Zorgverzekeringswet), zawarte w towarzystwie ubezpieczeń wzajemnych Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. lub u innego ubezpieczyciela.

Lekarz medycyny pracy
Lekarz wpisany jako lekarz medycyny pracy do utworzonego przez Komisję ds. Rejestracji Lekarzy Specjalistów (RGS) rejestru Królewskiego Holenderskiego Towarzystwa Medycznego (KNMG) i występujący w imieniu pracodawcy lub Służby BHP (Arbodienst), w której jest zarejestrowany pracodawca.

Centrum specjalistycznej opieki stomatologicznej
Centrum akademickie lub uznany przez Zorg en Zekerheid za porównywalny ośrodek świadczenia usług stomatologicznych w szczególnych przypadkach, gdy wymagane jest leczenie prowadzone przez specjalistyczny zespół i/lub szczególna wiedza specjalistyczna.

Centrum poradnictwa genetycznego
Instytucja posiadająca pozwolenie wynikające z ustawy o wyjątkowych świadczeniach medycznych, w celu przeprowadzania klinicznych badań genetycznych i poradnictwa genetycznego.

Centrum specjalistycznej opieki medycznej
Placówka zajmująca się udzielaniem specjalistycznej pomocy medycznej, dopuszczona do prowadzenia takiej działalności wskutek lub na mocy wymogów ustawy o dopuszczeniu instytucji ochrony zdrowia (WTZi).

Zbiorowość
Grupa osób, o których interesy dba pracodawca lub osoba prawna na podstawie umowy zbiorowej obowiązującej pomiędzy Zorg en Zekerheid a tym pracodawcą lub tą osobą prawną.

Opieka szpitalna jednodniowa
Leczenie w placówce, w przypadku którego przyjęcie ubezpieczonego i jego wypisanie ma miejsce tego samego dnia.

Łączony system diagnostyczno-leczniczy (DBC)
Za pomocą kodu świadczenia DBC ustalonego przez Holenderski Urząd ds. Opieki Zdrowotnej (NZa) na podstawie Ustawy o organizacji rynku opieki medycznej, system DBC opisuje zamknięty i uzasadniony program specjalistycznej opieki medycznej i specjalistycznej opieki w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień (opieka drugiego stopnia). Kod DBC obejmuje: zwrócenie się o udzielenie świadczenia, rodzaj udzielanego świadczenia, diagnozę i leczenie. Program DBC rozpoczyna się w momencie, gdy ubezpieczony zwraca się do lekarza specjalisty o udzielenie świadczenia i kończy się po zakończeniu leczenia lub po 120 dniach w przypadku specjalistycznej opieki medycznej i po 365 dniach w przypadku specjalistycznej opieki w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień.

Zespół świadczenia usług
Posiadający osobowość prawną związek organizacyjny lekarzy pierwszego kontaktu, powołany w celu świadczenia opieki lekarskiej pierwszego kontaktu wieczorami, nocą oraz w weekendy i posługujący się prawomocną stawką.

Dietetyk
Dietetyk, który zgodnie z art. 34 ustawy BIG spełnia wymogi określone w tzw. Rozporządzeniu o zawodzie dietetyka, ergoterapeuty, logopedy, instruktora higieny jamy ustnej, terapeuty ćwiczeniowego, ortoptyka i podologa.

Udział własny
Część kosztów opieki zdrowotnej lub pozostałych świadczeń, którą zgodnie z prawem pokrywa osoba ubezpieczona. Udział własny może być stałą kwotą za każdorazowe leczenie lub określonym procentem od kosztów danej opieki. Udział własny jest czymś innym niż ryzyko własne. Ryzyko własne oraz udział własny mogą mieć zastosowanie równolegle w opiece objętej ubezpieczeniem.

Ergoterapeuta
Ergoterapeuta, który zgodnie z art. 34 ustawy BIG spełnia wymogi określone w tzw. Rozporządzeniu o zawodzie dietetyka, ergoterapeuty, logopedy, instruktora higieny jamy ustnej, terapeuty ćwiczeniowego, ortoptyka i podologa.

Kraj UE i EOG
Poza Holandią są to następujące kraje Unii Europejskiej: Belgia, Bułgaria, Cypr (część należąca do Grecji), Dania, Niemcy, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Chorwacja, Łotwa, Litwa, Luksemburg, Malta, Austria, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowenia, Słowacja, Hiszpania, Czechy, Wielka Brytania oraz Szwecja. Na podstawie postanowień porozumienia pod wyżej wymienionym pojęciem rozumie się również Szwajcarię. Kraje

EOG (państwa, które są członkami Europejskiego Obszaru Gospodarczego) to Liechtenstein, Norwegia oraz Islandia.

Opieka farmaceutyczna
Opieka farmaceutyczna obejmuje udzielanie porad lub pomoc w zakresie oceny leków oraz odpowiedzialnego stosowania leków wydawanych na receptę, w myśl art. 1 ust. 1 lit. s) Ustawy o produktach leczniczych; bądź też udostępnienie tych produktów leczniczych lub opieki farmaceutycznej, w odniesieniu do której obowiązuje Ustawa o dostarczaniu krwi.

Flebolog/proktolog
Lekarz spełniający kryteria jakościowe stosowane np. przez Stowarzyszenie Flebologów w Krajach Beneluksu.

Oszustwo
Pod pojęciem oszustwa rozumie się każdorazowo umyślne popełnienie lub próbę popełnienia fałszerstwa na piśmie, kłamstwo, wyrządzanie szkody na wierzycielach lub osobach uprawnionych i/lub sprzeniewierzenie środków przy tworzeniu i/lub realizacji umowy ubezpieczenia (zdrowotnego) w celu uzyskania wypłaty należności, odszkodowania lub świadczenia, co do których nie ma się prawa, lub w celu uzyskania pokrycia świadczenia pod pretekstem niezgodnym z prawdą.

Fizjoterapeuta
Fizjoterapeuta zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG. Pojęcie fizjoterapeuta odnosi się również do fizjoterapeuty-masażysty, jak opisano w art. 108 ustawy BIG.

Centrum porodowe
Placówka, w której realizowane są świadczenia w zakresie opieki przy porodzie oraz opieki poporodowej, za które merytorycznie odpowiada personel położniczy udzielający podstawowej opieki położniczej. Centrum podstawowej opieki porodowej posiada własną siedzibę oraz rozpoznawalny wygląd i bezpośrednie zadaszone połączenie z przylegającym do niego szpitalem. Może stanowić alternatywne rozwiązanie w przypadku porodów poliklinicznych bez wskazań medycznych.

Użytkownik
- Istniejący użytkownik, to taki, który:
  a. korzystał już wcześniej z danej refundacji i nie zmienił przy tym ubezpieczenia dodatkowego; lub
  b. korzystał już wcześniej z danej refundacji, czasowo nie był (dodatkowo) ubezpieczony i obecnie jest ponownie ubezpieczony za pomocą tego samego ubezpieczenia dodatkowego, co poprzednio.
- Nowy użytkownik, to taki, który:
  a. nigdy jeszcze nie skorzystał z danej refundacji; lub
  b. korzystał już wcześniej z danej refundacji, ale zmienił swoje ubezpieczenie dodatkowe; lub
  c. korzystał już wcześniej z danej refundacji, czasowo nie był (dodatkowo) ubezpieczony i obecnie jest ponownie ubezpieczony za pomocą innego ubezpieczenia dodatkowego niż poprzednio.

Zakontraktowana opieka zdrowotna
Opieka, której świadczenie na podstawie ubezpieczenia (zdrowotnego) zleca Zorg en Zekerheid na podstawie umowy zawartej pomiędzy Zorg en Zekerheid a świadczeniodawcą lub instytucją opieki zdrowotnej.

Ogólna podstawowa opieka w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień (GGZ)
Diagnostyka i leczenie lekkich oraz umiarkowanych, nieskomplikowanych problemów psychicznych lub stabilnych problemów o charakterze przewlekłym.

Zarejestrowany instruktor higieny jamy ustnej
Zarejestrowany instruktor higieny jamy ustnej musi spełniać następujące wymogi:
- mieć ukończony czteroletni tok nauki na kierunku instruktora higieny jamy ustnej i dyplom wydany w roku 2006 lub później;
- mieć podpisane porozumienie o współpracy z lekarzem stomatologiem dotyczące pomocy lekarza w nagłych przypadkach (m.in. późniejszej opieki i dolegliwości bólowych);
- musi być wpisany do tymczasowego rejestru BIG, na mocy artykułu próbnego 36a;
- posiadać certyfikat pracownika nadzorującego ochronę przed promieniowaniem.

Fizjoterapeuta specjalizujący się w geriatrii
Fizjoterapeuta, który jest zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG i jest wpisany jako fizjoterapeuta specjalizujący się w geriatrii w Centralnym Rejestrze Fizjoterapii Królewskiego Towarzystwa Fizjoterapii (KNGF) lub jest wpisany do wykazu fizjoterapeutów ze specjalizacją geriatryczną Stowarzyszenia Certyfikowanych Fizjoterapeutów (Keurmerk Fysiotherapie).

Terapeuta ćwiczeniowy specjalizujący się w geriatrii
Terapeuta ćwiczeniowy zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w tzw. Rozporządzeniu o dietetykach, ergoterapeutach, logopedach, instruktorach higieny jamy ustnej, terapeutach ćwiczeniowych, ortoptykach i podologach, który jest zarejestrowany jako terapeuta ćwiczeniowy specjalizujący się w geriatrii w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici).

Specjalistyczna opieka w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień (GGZ)
Diagnostyka i leczenie (bardzo) złożonych zaburzeń psychiatrycznych. Główny lekarz prowadzący ma istotny udział w merytorycznym leczeniu.

Rodzina
Małżeństwo lub dwoje partnerów z dzieckiem lub bez dzieci niebędących w związku małżeńskim lub osoby samotnie wychowujące dziecko lub dzieci niebędące w związku małżeńskim, którzy w sposób możliwy do wykazania na stałe mieszkają razem i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe.

Członek rodziny
Osoba należąca do rodziny zgodnie z powyższą definicją.

Psycholog opieki zdrowotnej
Psycholog opieki zdrowotnej zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG.

Badanie profilaktyczne GeZZondcheck
Badanie profilaktyczne GeZZondcheck pozwala ocenić stan zdrowia ubezpieczonego. Na podstawie jego wyników opracowane zostaną dla niego indywidualne porady w zakresie zdrowia i stylu życia.

Udział własny w lekach GVS
System refundacji leków (Geneesmiddelenvergoedingssysteem, GVS) stanowi część przepisów regulujących refundację opieki zawartych w Ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym. Leki zarejestrowane w GVS są refundowane przez ubezpieczycieli zdrowotnych z ubezpieczenia podstawowego. W przypadku niektórych leków ubezpieczony płaci udział własny.

Lekarz publicznej służby zdrowia
Lekarz, który na zlecenie gminnego urzędu ds. publicznej służby zdrowia (gemeentelijke gezondheidsdienst, GGD) świadczy opiekę w zakresie zdrowia publicznego, medycyny sądowej i udzielania pomocy medycznej w razie katastrof itp.

Placówki GGZ
Instytucje, które posiadają uprawnienia w zakresie świadczenia usług medycznych związanych ze schorzeniami psychicznymi i które posiadają atest wydany na podstawie ustawy o dopuszczeniu instytucji opieki (Wet Toelating Zorginstellingen, WTZi).

Ergoterapeuta ręki
Ergoterapeuta, który zgodnie z art. 34 ustawy BIG spełnia wymogi określone w tzw. Rozporządzeniu o dietetykach, ergoterapeutach, logopedach, instruktorach higieny jamy ustnej, terapeutach ćwiczeniowych, ortoptykach i podologach, który jest zarejestrowany jako ergoterapeuta ręki w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici).

Hospicjum
Placówka przeznaczona specjalnie do świadczenia tymczasowej opieki pacjentom nieuleczalnie chorym u kresu życia i do tymczasowego pobytu ich bliskim.

Terapeuta chorób skóry
Terapeuta chorób skóry spełniający wymogi ujęte w tzw. Rozporządzeniu o wymogach dotyczących kształcenia i zakresu fachowej działalności terapeutów chorób skóry, zgodnie z warunkami art. 34 ustawy BIG.

Lekarz pierwszego kontaktu
Lekarz, który jest wpisany jako lekarz pierwszego kontaktu do rejestru uznanych lekarzy pierwszego kontaktu Królewskiego Holenderskiego Towarzystwa Medycznego (KNMG), sporządzonego przez Komisję ds. Rejestracji Lekarzy Specjalistów (RGS).

Środki pomocnicze
Środki pomocnicze określone w ubezpieczeniu zdrowotnym.

Zapewnienie środków pomocniczych
Zapewnienie wskazanych rozporządzeniem ministerialnym środków pomocniczych, jak również środków opatrunkowych przy uwzględnieniu sporządzonego przez Zorg en Zekerheid Regulaminu Środków Pomocniczych, dotyczącego wymogów dopuszczających, okresów korzystania i przepisów w zakresie ilości.

Próba zapłodnienia in vitro
Opieka w zakresie zapłodnienia metodą in vitro polegająca na:
- stymulowaniu dojrzewania komórek jajowych w ciele kobiety poprzez leczenie hormonalne;
- punkcji jajnika;
- zapłodnieniu komórek jajowych oraz rozwoju zarodków w laboratorium;
- umieszczaniu (raz lub więcej razy) zapłodnionych komórek jajowych (jednej lub kilku) w macicy, aby uzyskać efekt końcowy, jakim jest ciąża.

Pediatra/Lekarz opieki zdrowotnej nad nieletnimi
Lekarz, który jest wpisany jako lekarz pediatra KNMG do ustanowionego przez Komisję ds. Rejestracji Lekarzy Specjalistów z Królewskiego Holenderskiego Towarzystwa Medycznego (KNMG) rejestru profilu lekarza opieki zdrowotnej nad małoletnimi.

Chirurg szczękowy
Stomatolog specjalista, który jest wpisany jako chirurg szczękowy do rejestru specjalistów w zakresie chorób jamy ustnej oraz chirurgii szczękowej Królewskiego Holenderskiego Towarzystwa Stomatologicznego (KNMT).

Opieka kompleksowa
Opieka kompleksowa może być świadczona w przypadku określonych schorzeń przewlekłych (przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, astmy, zarządzania ryzykiem w chorobach układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy typu 2). Musi być świadczona w sposób skoordynowany przez grupę różnych świadczeniodawców, w oparciu o standardową opiekę w zakresie leczenia danego schorzenia. Wykaz świadczeniodawców biorących udział w opiece kompleksowej można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl**.

Dziecko
Niebędące w związku małżeńskim dziecko w wieku do lat 18 – własne, adoptowane lub przysposobione.

Ergoterapeuta dziecięcy
Ergoterapeuta, który zgodnie z art. 34 ustawy BIG spełnia wymogi określone w tzw. Rozporządzeniu o dietetykach, ergoterapeutach, logopedach, instruktorach higieny jamy ustnej, terapeutach ćwiczeniowych, ortoptykach i podologach, który jest zarejestrowany jako ergoterapeuta dziecięcy w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici).

Fizjoterapeuta dziecięcy
Fizjoterapeuta, który jest zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG i jest wpisany jako fizjoterapeuta dziecięcy w Centralnym Rejestrze Fizjoterapii Królewskiego Towarzystwa Fizjoterapii (KNGF) lub jest wpisany do wykazu fizjoterapeutów dziecięcych Stowarzyszenia Certyfikowanych Fizjoterapeutów (Keurmerk Fysiotherapie).

Dziecięcy terapeuta ćwiczeniowy
Terapeuta ćwiczeniowy, zarejestrowany zgodnie warunkami określonymi w tzw. Rozporządzeniu o dietetykach, ergoterapeutach, logopedach, instruktorach higieny jamy ustnej, terapeutach ćwiczeniowych, ortoptykach i podologach, który jest zarejestrowany jako dziecięcy terapeuta ćwiczeniowy w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici).

Poradnia położnicza lub centrum położnicze
Instytucja dopuszczona na mocy i zgodnie z zasadami ustalonymi w ustawie lub na jej podstawie, jak również uznana jako taka przez Zorg en Zekerheid, udzielająca opieki położniczej w domu ubezpieczonej lub w miejscu jej pobytu.

Opieka poporodowa
Opieka nad matką i noworodkiem świadczona w domu ubezpieczonego przez położną (położnego) zatrudnioną (zatrudnionego) przez poradnię położniczą po (telefonicznym) wywiadzie wstępnym przeprowadzonym przez poradnię położniczą lub centrum położnicze.

Badania laboratoryjne
Badania przeprowadzane w laboratorium, zatwierdzonym do tego celu zgodnie z Ustawą o dopuszczaniu instytucji ochrony zdrowia (WTZi).

Doradca laktacyjny
Doradca laktacyjny należący do grupy zawodowej doradców laktacyjnych i pracujący zgodnie z wytycznymi Holenderskiego Stowarzyszenia Doradców Laktacyjnych (NVL).

Trener zdrowego stylu życia
Trener zdrowego stylu życia jest specjalistą, który pomaga osobom we wprowadzeniu do ich życia rygoru mającego polepszyć ich zdrowie i samopoczucie. Wyraźnie przyjmuje przy tym za punkt wyjścia definicję pozytywnego zdrowia. Zakładanym przez niego celem jest, aby ludzie mogli prowadzić tryb życia, który pozwoli im się dobrze czuć, niezależnie od ich możliwości i ograniczeń. Trener zdrowego stylu życia musi być zarejestrowany jako osoba posiadająca taką specjalizację w rejestrze Holenderskiego Stowarzyszenia Zawodowego Trenerów Zdrowego Stylu Życia lub w odpowiednim rejestrze dla zawodów paramedycznych.

Zaburzenia funkcji cielesnych
Jako zaburzenia funkcji cielesnych określane są np. przypadki ograniczeń w ruchu, ograniczenia pola widzenia lub drożności. Zaburzenia funkcji psychicznych i społecznych wynikające z zaburzenia funkcji cielesnych nie stanowią wskazania do refundacji świadczenia.

Logopeda
Logopeda, który zgodnie z art. 34 ustawy BIG spełnia wymogi określone w tzw. Rozporządzeniu o zawodzie dietetyka, ergoterapeuty, logopedy, instruktora higieny jamy ustnej, terapeuty ćwiczeniowego, ortoptyka i podologa.

Lekarz specjalista terapii manualnej
Lekarz specjalista terapii manualnej zarejestrowany jako lekarz zgodnie z warunkami art. 3 ustawy BIG, który ukończył kształcenie podyplomowe w zakresie medycyny manualnej.

Terapeuta manualny
Fizjoterapeuta, który jest zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG i jest wpisany jako terapeuta manualny w Centralnym Rejestrze Fizjoterapii Królewskiego Towarzystwa Fizjoterapii (KNGF) lub jest wpisany do wykazu terapeutów manualnych Stowarzyszenia Certyfikowanych Fizjoterapeutów (Keurmerk Fysiotherapie).

Opieka zastępcza nad chorym członkiem rodziny przebywającym w domu
Nieodpłatna opieka nad osobami przewlekle chorymi, upośledzonymi i potrzebującymi pomocy świadczona przez najbliższych, rodzinę, przyjaciół, znajomych i sąsiadów.

Kwota/stawka zgodna z rynkiem
Kwota naliczona przez świadczeniodawcę jest zgodna z rynkiem, jeśli nie jest nadmiernie wysoka w porównaniu z kwotą naliczaną przez innych świadczeniodawców za podobne świadczenia.

Doradca medyczny
Lekarz (stomatolog), fizjoterapeuta lub inny specjalista, który udziela Zorg en Zekerheid porad w kwestiach medycznych, fizjoterapeutycznych lub innych.

Opieka konieczna ze względów medycznych
Ubezpieczony ma prawo do opieki medycznej jedynie wtedy, gdy będą ku temu uzasadnione wskazania zgodnie z rodzajem i zakresem dolegliwości, pod warunkiem, że tego rodzaju przypadek obejmuje polisa. Kwestie te podlegają ocenie doradcy medycznego Zorg en Zekerheid.

Uzasadniony względami medycznymi transport do kraju pochodzenia
Uzasadniony względami medycznymi transport chorego z miejsca pobytu za granicą do szpitala, centrum rehabilitacyjnego lub domu opieki w Holandii, o ile jest mowa o pobycie za granicą zgodnie z definicją w artykule 3 „Za granicą”.

Lekarz specjalista
Lekarz, który jest wpisany jako lekarz specjalista do ustanowionego przez Komisję ds. Rejestracji Lekarzy Specjalistów (RGS) Rejestru lekarzy specjalistów Królewskiego Holenderskiego Towarzystwa Medycznego (KNMG).

Statut jakości GGZ
W statucie tym podane jest, jakie kwestie jakościowe muszą uregulować świadczeniodawcy z dziedziny opieki GGZ. Zawiera też wyjaśnienia dotyczące opieki leczniczej w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień. Obecna wersja statutu obowiązuje od 01.01.2017 r. w odniesieniu do wszystkich podmiotów świadczących ogólną podstawową opiekę GGZ i specjalistyczną opiekę GGZ w ramach Ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym.

Instruktor higieny jamy ustnej
Prowadzący własną praktykę instruktor higieny jamy ustnej, który spełnia warunki określone w tzw. Rozporządzeniu o dietetykach, ergoterapeutach, logopedach, instruktorach higieny jamy ustnej, terapeutach ćwiczeniowych, ortoptykach i podologach oraz posiada uprawnienia na podstawie art. 4 Uchwały o samodzielnym prowadzeniu działalności, jak również na podstawie Tymczasowej uchwały o samodzielnych uprawnieniach zarejestrowanych instruktorów higieny jamy ustnej.

Terapeuta obrzękowy
Fizjoterapeuta, który jest zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG i jest wpisany jako terapeuta obrzękowy w Centralnym Rejestrze Fizjoterapii Królewskiego Towarzystwa Fizjoterapii (KNGF) lub jest wpisany do wykazu terapeutów obrzękowych Stowarzyszenia Certyfikowanych Fizjoterapeutów (Keurmerk Fysiotherapie).

Terapeuta ćwiczeniowy metodą Cesara/Mensendiecka
Terapeuta ćwiczeniowy metodą Cesara/Mensendiecka, który zgodnie z art. 34 ustawy BIG spełnia wymogi określone w tzw. Rozporządzeniu o zawodzie dietetyka, ergoterapeuty, logopedy, instruktora higieny jamy ustnej, terapeuty ćwiczeniowego, ortoptyka i podologa.

Nieszczęśliwy wypadek
Nagłe zdarzenie niezależne od woli ubezpieczonego, wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego dochodzi do obrażeń ciała, których rodzaj i umiejscowienie Zorg en Zekerheid jest w stanie ustalić pod względem medycznym.

Hospitalizacja
Przyjęcie do szpitala/placówki i pobyt w nim/niej w takim przypadku i na tak długo, na ile ze względów medycznych opieka objęta ubezpieczeniem może być świadczona wyłącznie w szpitalu/placówce.

Optometrysta
Paramedyk, który samodzielnie lub pod nadzorem lekarza okulisty przeprowadza kontrole, pomiary i różnego rodzaju dodatkowe badania związane ze wzrokiem.

Ortodoncja
Ogólnie przyjęte zgodnie z normami medycznymi i stomatologicznymi leczenie lub badanie należące do specjalizacji wykonywanej przez ortodontę.

Ortodonta
Specjalista stomatolog wpisany do rejestru specjalistów w zakresie ortodoncji Królewskiego Holenderskiego Towarzystwa Stomatologicznego (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, KNMT).

Ortopedagog
Osoba zarejestrowana jako ortopedagog w Holenderskim Stowarzyszeniu Pedagogów i Dydaktyków (Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen, NVO).

Ortoptyk
Paramedyk zajmujący się diagnostyką i leczeniem w zakresie widzenia obuocznego i rozwoju oczu.

Konsultant(ka) w zakresie menopauzy
Konsultant(ka) w zakresie menopauzy posiadający(-a) wyższe wykształcenie zawodowe w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia ze specjalizacją ginekologiczną, spełniający(-a) kryteria jakościowe np. stowarzyszenia Care for Women.

Partner
Osoba, z którą ubezpieczony mieszka na stałe lub pozostaje w związku małżeńskim i z którą prowadzi wspólne gospodarstwo domowe.

Pedicurzyst(k)a (medyczny(-a))
Pedicurzyst(k)a musi być zarejestrowany(-a) w Rejestrze Jakościowym Pedicurzystów (Kwaliteits Register voor Pedicures, KRP), w Rejestrze Paramedycznej Pielęgnacji Stóp (Register Paramedische Voetzorg, RPV) lub w Rejestrze Jakościowym Podmiotów Świadczących Medyczną Opiekę Podologiczną (Kwaliteitsregister voor Medisch Voetzorgverleners, KMV). Pedicurzyst(k)a refundowany(-a) w ramach ubezpieczenia podstawowego winien/winna posiadać specjalizację w zabiegach „pielęgnacji stóp u diabetyków". Pedicurzyst(k)a refundowany(-a) w ramach ubezpieczenia dodatkowego musi posiadać specjalizację w zakresie „pielęgnacji stóp u diabetyków" (DV) i/lub „pielęgnacji stóp dla osób z RZS" (RV). Oprócz pielęgnacji stóp w podstawowym zakresie, pedicurzyst(k)a specjalizuje się również w zabiegach pielęgnacji stóp u diabetyków i/lub osób z RZS. Pedicure medyczny lub wykonywany przez podologa-paramedyka to specjalistyczny rodzaj pedicure obejmujący wszystkie formy złożonych przypadłości dotykających stopy.

Rejestracja osób
Spójny zbiór danych dotyczących różnych osób prowadzony w sposób zautomatyzowany lub systematycznie tworzony w celu umożliwienia efektywnego konsultowania się z tymi danymi.

Asystent lekarza (PA)
Asystent lekarza zarejestrowany jako taki zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG. Asystent lekarza (PA) może samodzielnie przejąć wykonywanie zadań lekarza, np. przeprowadzić wywiad chorobowy, czy opracować plan leczenia, ale i wykonywać zabiegi chirurgiczne, takie jak operacje, wszczepianie rozruszników serca, zabiegi endoskopowe, blokada nerwów i zakładanie cewników centralnego dostępu dożylnego (CVC).

Specjalista w zakresie podologii posturalnej
Specjalista w zakresie podologii posturalnej posiadający średnie lub wyższe wykształcenie zawodowe w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i spełniający wymogi kształcenia przeddyplomowego i kryteria jakościowe stosowane przez np. stowarzyszenie Omni Podo.

Podolog specjalista
Podolog, który zgodnie z art. 34 ustawy BIG spełnia wymogi określone w tzw. Rozporządzeniu o zawodzie dietetyka, ergoterapeuty, logopedy, instruktora higieny jamy ustnej, terapeuty ćwiczeniowego, ortoptyka i podologa.

Fizjoterapeuta, specjalista w leczeniu chorób psychosomatycznych
Fizjoterapeuta, który jest zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG i jest wpisany jako fizjoterapeuta specjalizujący się w leczeniu chorób psychosomatycznych w Centralnym Rejestrze Fizjoterapii Królewskiego Towarzystwa Fizjoterapii (KNGF) lub jest wpisany do wykazu fizjoterapeutów specjalizujących się w leczeniu chorób psychosomatycznych Stowarzyszenia Certyfikowanych Fizjoterapeutów (Keurmerk Fysiotherapie).

Terapeuta ćwiczeniowy, specjalista w leczeniu chorób psychosomatycznych
Terapeuta ćwiczeniowy, zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w tzw. Rozporządzeniu o dietetykach, ergoterapeutach, logopedach, instruktorach higieny jamy ustnej, terapeutach ćwiczeniowych, ortoptykach i podologach, który jest zarejestrowany jako terapeuta ćwiczeniowy specjalizujący się w leczeniu chorób psychosomatycznych w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici).

Psychoterapeuta
Psychoterapeuta zarejestrowany jako taki zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG.

Psychiatra
Lekarz, który jest wpisany jako lekarz psychiatra do ustanowionego przez Komisję ds. Rejestracji Lekarzy Specjalistów (RGS) Rejestru lekarzy specjalistów Królewskiego Towarzystwa Medycznego (KNMG).

Racjonalna farmakoterapia
Racjonalna farmakoterapia to leczenie za pomocą leku w formie odpowiedniej dla ubezpieczonego, którego działanie i skuteczność potwierdza literatura fachowa. Jednocześnie lek taki powinien być najbardziej opłacalny zarówno dla ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pacjenta.

Rozsądna odległość
Rozsądna odległość do zakontraktowanej opieki zdrowotnej, w określonym promieniu kilometrów od miejsca zamieszkania ubezpieczonego. Więcej informacji na ten temat udzieli również Zorg en Zekerheid pod numerem telefonu (071) 5 825 825. Można też odwiedzić jeden z naszych oddziałów.

Główny lekarz prowadzący
Świadczeniodawca, który w odpowiedzi na potrzeby zdrowotne ubezpieczonego stawia mu diagnozę i opracowuje plan leczenia. W tym celu musi odbyć co najmniej jedną indywidualną konsultację z ubezpieczonym. Główny lekarz prowadzący odpowiada za skuteczną realizację planu leczenia w odpowiednim porozumieniu i kontakcie z podmiotami współprowadzącymi leczenie, a także sprawdzanie, czy osiągnięte zostały cele leczenia. Przeprowadza też ocenę postępów leczenia z ubezpieczonym i w razie potrzeby wprowadza zmiany do planu leczenia.

Podolog zarejestrowany
Podolog, który ukończył kształcenie uprawniające go do działalności zarejestrowanego podologa i który jest wpisany do Rejestru Jakościowego i Akredytacyjnego Podmiotów Praktykujących Zawody w Dziedzinie Opieki Zdrowotnej (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg, KABIZ).

Rehabilitacja
Badanie, doradztwo oraz leczenie o charakterze specjalistycznym medycznym, paramedycznym, behawioralnym i techniczno-rehabilitacyjnym. Opieka ta jest świadczona przez wielodyscyplinarny zespół fachowców, pod kierownictwem lekarza specjalisty, związany z ośrodkiem rehabilitacyjnym zatwierdzonym na podstawie przepisów określonych w Ustawie o dopuszczaniu instytucji ochrony zdrowia (Wet Toelating Zorginstellingen, WTZi) lub przepisów powstałych z jej mocy.

Lekarz medycyny estetycznej
Lekarz medycyny estetycznej stowarzyszony w Powszechnej Holenderskiej Organizacji Branżowej Lekarzy Medycyny Estetycznej (ANBOS).

Pomoc specjalistyczna
Pomoc lub badanie należące do specjalizacji lekarza specjalisty według powszechnie przyjętych norm medycznych i mogące zostać uznane za standardowe leczenie lub badanie.

Standardowy pakiet porodowy
Pakiet porodowy obejmujący wszystkie środki pomocnicze niezbędne przy porodzie i w okresie połogu.

Lekarz stomatolog
Lekarz stomatolog zarejestrowany jako taki zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG.

Stomatolog protetyk
Stomatolog protetyk posiadający wykształcenie zgodnie z tzw. Uchwałą o warunkach kształcenia i zakresu uprawnień stomatologa protetyka.

Technik dentystyczny
Technik dentystyczny wykonujący prace techniczno-dentystyczne w laboratorium protetycznym.

Państwo (Pan lub Pani)/ubezpieczony(-a)
Osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia, zarejestrowana jako ubezpieczony w Zorg en Zekerheid.

Rozszerzony pakiet porodowy
Pakiet porodowy, który oprócz wszystkich środków pomocniczych niezbędnych przy porodzie i w okresie połogu, obejmuje także kilka dodatkowych, przydatnych świadczeń.

Fizjoterapeuta ze specjalizacją
Fizjoterapeuta, który poprzez kształcenie dodatkowe uzyskał dodatkową wiedzę i umiejętności w konkretnej dziedzinie z obszaru fizjoterapii.

Terapeuta ćwiczeniowy ze specjalizacją
Fizjoterapeuta ćwiczeniowy, który poprzez kształcenie dodatkowe uzyskał dodatkową wiedzę i umiejętności w konkretnej dziedzinie z obszaru fizjoterapii ćwiczeniowej.

Pobyt
Pobytu w szpitalu/placówce przez co najmniej 24 godziny.

Położna(-y)
Położna(-y) zarejestrowana(-y) jako taka(-i) zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG.

Okaleczenie
Deformacja powstała w wyniku poważnego zniekształcenia fizycznego, które natychmiast rzuca się w oczy w życiu codziennym. Zniekształcenie musi być wynikiem choroby, wypadku lub zabiegu medycznego.

Pielęgniarka/pielęgniarz
Pielęgniarka/pielęgniarz zarejestrowana(-y) zgodnie z art. 3 ustawy BIG.

Specjalista pielęgniarstwa
Specjalista pielęgniarstwa zarejestrowany zgodnie z art. 3 ustawy BIG, posiadający specjalizację pielęgniarską w dziedzinie opieki doraźnej, w schorzeniach przewlekłych, prewencyjnej lub intensywnej w chorobach somatycznych, lub też opieki w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień.

Ubezpieczenie
Regulowany umową ubezpieczenia stosunek prawny.

Okres objęcia ubezpieczeniem
Okres trwania ubezpieczenia, przez który są Państwo łącznie ubezpieczeni w Zorg en Zekerheid.

Ubezpieczający
Osoba, która zawiera umowę ubezpieczenia z Zorg en Zekerheid.

Umowa ubezpieczenia
Umowa ubezpieczenia zawierana pomiędzy ubezpieczającym a Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Czas oczekiwania na opiekę ortodontyczną
Ubezpieczony, który przechodzi leczenie ortodontyczne, musi na co najmniej 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia mieć u nas zawarte dodatkowe ubezpieczenie na opiekę ortodontyczną, aby mieć prawo do refundacji jej kosztów.

Organizacja prozdrowotna
Organizacja non-profit, której celem jest poprawa i stymulowanie zdrowia (w inny sposób niż w celach rekreacyjnych) poprzez udzielanie pomocy, organizowanie kursów oraz spotkań informacyjnych wyłącznie w grupach.

Ustawa BIG
Ustawa o zawodach w indywidualnej opiece medycznej (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, BIG).

My / nas / Zorg en Zekerheid
Towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Domowe usługi pielęgniarskie
Opieka medyczna i pielęgniarska świadczona przez personel pielęgniarski.

WLZ
Ustawa o długotrwałej opiece (Wet langdurige zorg).

Stawka WMG
Stawka określona w Ustawie o organizacji rynku opieki medycznej (Wet Marktordening Gezondheidszorg, WMG) lub na mocy tej ustawy.

Szpital
Ośrodek udzielający specjalistycznej opieki zdrowotnej, dopuszczony jako szpital lub samodzielny zakład opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami Ustawy o dopuszczaniu placówek opieki zdrowotnej (WTZi).

Osoba z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu
Osoba, u której występuje ograniczenie wzrokowe, słuchowe lub ograniczenie w komunikowaniu się, wynikające z zaburzenia rozwoju wysławiania się.

Transport siedzący
Transport publicznymi środkami transportu, samochodem lub taksówką; inny niż transport karetką pogotowia, na który ubezpieczeni mogą się powoływać zgodnie z Ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym.

Hotel uzdrowiskowy i zakład lecznictwa uzdrowiskowego
Placówki oferujące krótkoterminowe zabiegi lecznicze osobom z problemami natury fizycznej i/lub psychospołecznej, u których codzienne funkcjonowanie jest utrudnione, a leczenie ambulatoryjne nie jest (jeszcze) wystarczające. Nie oferują one krótkiego pobytu, koniecznego z przyczyn medycznych, dla osób, które nie spełniają warunków do uzyskania specjalistycznej opieki medycznej, ale nie mogą wrócić do domu.

Polisa zdrowotna
Akt (w formie elektronicznej), który określa warunki ubezpieczenia zdrowotnego zawartego pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczycielem.

Ubezpieczyciel
Towarzystwo ubezpieczeniowe, które jako takie ma prawo oferować ubezpieczenia w myśl ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych; w dalszej części zwane „Zorg en Zekerheid”.

Ubezpieczenie zdrowotne
Ubezpieczenie zdrowotne zgodne z Ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym (Zorgverzekeringswet), zawarte w towarzystwie ubezpieczeń wzajemnych Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. lub u innego ubezpieczyciela. Nazywane również ubezpieczeniem podstawowym lub ubezpieczeniem zasadniczym.

Pakiet intensywności opieki ZZP
Pakiet intensywności opieki (zorgzwaartepakket, ZZP) jest pakietem świadczeń dostosowanych do indywidualnego stanu zdrowia ubezpieczonego i do opieki, jakiej potrzebuje. Obejmuje on mieszkanie, opiekę, leczenie i usługi, a także ewentualnie opiekę dzienną. Rozróżnia się rożne rodzaje pakietów ZZP, obejmujących opiekę dzienną bądź też nie. Nadany numer kategorii ZZP określa, do jakich świadczeń mają Państwo prawo. Opieka musi spełniać wymogi określone w regulacji jednego z określonych w tym celu pakietów ZZP dla Długotrwałej opieki w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień. Pełny opis wszystkich świadczeń, jakie podlegają pod pakiet ZZP można znaleźć na stronie internetowej Holenderskiego Urzędu ds. Opieki Zdrowotnej (NZa).

Rubryka A
Ogólne warunki ubezpieczenia

Artykuł 1. Postanowienia ogólne

1.1 Podstawy ubezpieczenia zdrowotnego

Niniejsza umowa ubezpieczenia zdrowotnego opiera się na:

a. Ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym (Zorgverzekeringswet, ZVW);
b. Uchwale w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego (Besluit zorgverzekering);
c. Rozporządzeniu dot. ubezpieczenia zdrowotnego (Regeling zorgverzekering);
d. przynależnych objaśnieniach części a, b i c;
e. informacjach, które przekazali nam Państwo przy zawieraniu ubezpieczenia.

Umowa ubezpieczenia zdrowotnego została zapisana w Państwa polisie zdrowotnej i niniejszej umowie ubezpieczeniowej. W polisie wymieniona jest osoba lub osoby ubezpieczone i rodzaje zawartych ubezpieczeń. Gdy rozpatrzymy Państwa wniosek o zawarcie ubezpieczenia, w jak najkrótszym czasie przekażemy Państwu dowód zawarcia ubezpieczenia w formie polisy i kartę ubezpieczenia zdrowotnego (verzekeringspas). Następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego roku kalendarzowego będą Państwo otrzymywać nową polisę.

Po okazaniu karty ubezpieczenia zdrowotnego będą Państwo mogli uzyskać od zakontraktowanego świadczeniodawcy (zob. art. 1.5) opiekę, która przysługuje Państwu na podstawie niniejszej polisy. Oprócz tego przy pobieraniu świadczeń konieczne jest przedstawienie dowodu tożsamości.

W odniesieniu do niniejszej umowy ubezpieczenia ma zastosowanie wyłącznie prawo holenderskie. W przypadku pojawienia się różnic w interpretacji niniejszej umowy ubezpieczenia decydujące znaczenie będzie mieć Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym, Uchwała w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego oraz Rozporządzenie dot. ubezpieczenia zdrowotnego.

1.2 Kto może zawrzeć ubezpieczenie zdrowotne

Do naszego ubezpieczenia zdrowotnego mogą przystąpić wszystkie osoby objęte obowiązkiem ubezpieczenia, zamieszkałe w Holandii lub za granicą. Prawo do opieki zdrowotnej i refundacji kosztów opieki przysługuje wszystkim ubezpieczonym zamieszkałym w Holandii i za granicą.

1.3 Forma ubezpieczenia zdrowotnego

Zorg Zeker Polis to oferowane przez firmę Zorg en Zekerheid ubezpieczenie, z tytułu którego przysługuje Państwu opieka medyczna świadczona „w naturze”. Oznacza to, że uzyskają Państwo opiekę od zakontraktowanego przez nas świadczeniodawcy.

1.4 Rodzaj i zakres ubezpieczenia zdrowotnego

Prawo do opieki lub refundacji kosztów opieki zgodnie z zapisami niniejszej umowy przysługuje Państwu wówczas, gdy opieka ta jest dla Państwa w uzasadniony sposób zalecana, jeśli chodzi o jej rodzaj i zakres. Jest to ustalane również w oparciu o jakość i skuteczność świadczonej opieki lub usług. Przy określaniu rodzaju i zakresu opieki bierze się między innymi pod uwagę aktualny poziom wiedzy naukowej i stosowane praktyki. Gdy brak tych wyznaczników, rodzaj i zakres opieki jest określany przez to, co w danej dziedzinie obowiązuje jako odpowiedzialna i adekwatna opieka oraz świadczenie usług.

1.5 Kto może świadczyć opiekę zdrowotną

1.5.1 Zakontraktowani świadczeniodawcy

Opieka w naturze może być świadczona przez świadczeniodawcę, z którym mamy podpisaną umowę na dostarczanie danej opieki, czyli przez „zakontraktowanego świadczeniodawcę”.

Gdy będą Państwo potrzebować opieki opisanej w Rubryce B, mogą się Państwo zwrócić do świadczeniodawcy zakontraktowanego przez firmę Zorg en Zekerheid. Wykaz zakontraktowanych świadczeniodawców dla danego rodzaju opieki można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker**. Mogą się też Państwo skontaktować z nami, dzwoniąc pod numer telefonu (071) 5 825 825 lub odwiedzając jeden z naszych oddziałów.

Zakontraktowany świadczeniodawca otrzymuje wynagrodzenie za koszty dostarczonej opieki bezpośrednio od nas.

> Na świadczenia z zakresu opieki określonej w Rubryce B firma Zorg en Zekerheid zawiera umowy ze świadczeniodawcami. W umowach tych zawieramy ustalenia dotyczące ceny, jakości, skuteczności, sposobu deklarowania kosztów i innych warunków, na jakich będą oni mogli świadczyć Państwu usługi.

1.5.2 Niezakontraktowani świadczeniodawcy

Co się zdarzy, jeśli zdecydują się Państwo na udanie się do świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy na dostarczanie opieki opisanej w Rubryce B („niezakontraktowanego świadczeniodawcy")? Może się wówczas zdarzyć, że będą Państwo musieli samodzielnie pokryć część kosztów leczenia.

Gdy ubezpieczony skorzysta z opieki świadczonej przez niezakontraktowanego świadczeniodawcę, Zorg en Zekerheid zrefunduje jej koszty w wysokości do 80% (maksymalnej) stawki WMG. Jeśli brak jest (maksymalnej) stawki WMG, Zorg en Zekerheid dokona refundacji maksymalnie do 80% stawki obowiązującej na rynku. Co się stanie, jeśli ubezpieczony skorzysta z opieki medycznej i pielęgniarskiej (zob. art. 27.1 i 27.3) świadczonej przez niezakontraktowanego świadczeniodawcę? Wówczas naliczone przez niego koszty zostaną zrefundowane w wysokości maksymalnie 75% stawki obowiązującej na rynku.

Maksymalną refundację kosztów niezakontraktowanej opieki można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg**. Na stronie **zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker** można znaleźć wykaz świadczeniodawców, z którymi zawarliśmy umowę.

1.5.3 Limity finansowania

Zorg en Zekerheid ustala z niektórymi świadczeniodawcami maksymalną kwotę, jaką mogą oni zadeklarować do refundacji w danym roku kalendarzowym (tzw. limit finansowania). Dzięki temu jesteśmy w stanie pokryć koszty danego rodzaju opieki. W umowach zawartych z większością świadczeniodawców ustalono, że muszą oni zapewnić daną opiekę, nawet po przekroczeniu limitu finansowania. Jest to tzw. obowiązek ciągłości świadczenia opieki (doorleverplicht).

Obowiązku takiego nie uzgodniono z niewielką grupą świadczeniodawców. Ich wykaz można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker** a dalsze informacje uzyskać od swojego świadczeniodawcy. Może się zdarzyć, że w danym roku nie będą już Państwo więcej mogli skorzystać z usług świadczeniodawcy wymienionego w tym wykazie. Mogą Państwo wówczas zadzwonić do naszego zespołu doradztwa ds. opieki i pośrednictwa *Team Zorgadvies en Bemiddeling* pod nr telefonu (071) 5 825 828 lub przesłać do nas e-mail pod adres zorgadvies@zorgenzekerheid.nl. Nasi doradcy pomogą Państwu znaleźć świadczeniodawcę, do którego będą się Państwo mogli zwrócić. Jeśli jednak Państwa leczenie u świadczeniodawcy, który osiągnął limit finansowania, jest już w toku, nie będzie to miało dla Państwa żadnych skutków. Będą więc Państwo mogli dokończyć leczenie u dotychczasowego świadczeniodawcy.

1.6 Świadczenie opieki na czas

Gdy zakontraktowany świadczeniodawca nie będzie mógł dostarczyć potrzebnej opieki na czas lub zgodnie z Państwa oczekiwaniami, przysługiwać Państwu będzie prawo do pośrednictwa naszego zespołu *Team Zorgadvies en Bemiddeling* w uzyskiwaniu świadczeń zdrowotnych. Możemy wówczas udzielić Państwu zgody na uzyskanie tej opieki od niezakontraktowanego świadczeniodawcy. Koszty opieki zostaną wówczas przez nas zrefundowane po otrzymaniu przez nas rachunków i przy uwzględnieniu zapisów umowy ubezpieczeniowej. Zwrócimy Państwu koszty niezakontraktowanej opieki do maksymalnej kwoty (najwyższej) stawki obowiązującej w danej chwili na podstawie Ustawy o organizacji rynku opieki medycznej (Wet marktordening gezondheidszorg, WMG). Jeśli brak jest (maksymalnej) stawki ustalonej na podstawie Ustawy WMG, zrefundujemy koszty opieki maksymalnie do obowiązującej kwoty zgodnej z warunkami rynkowymi w Holandii.

Zespół Team Zorgadvies en Bemiddeling
Zespół doradztwa ds. opieki i pośrednictwa *Team Zorgadvies en Bemiddeling* w firmie Zorg en Zekerheid doradzi Państwu, do jakiego świadczeniodawcy mogą się Państwo zwrócić ze swoimi dolegliwościami. Może też w Państwa imieniu pośredniczyć w uzyskaniu opieki, gdyby okazało się, że muszą Państwo czekać przez niedopuszczalnie długi czas np. na przyjęcie do szpitala przez lub wizytę w poradni przyszpitalnej. Więcej informacji o zespole *Team Zorgadvies en Bemiddeling* można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/zorgadvies**.

Pod pojęciem braku dostępnej opieki lub opieki niedostępnej na czas u zakontraktowanego świadczeniodawcy rozumie się też:

a. opiekę, która nie może być świadczona w rozsądnej odległości od Państwa miejsca zamieszkania; lub
b. gdy w pobliżu Państwa miejsca zamieszkania nie mogą Państwo uzyskać opieki o odpowiedniej jakości, świadczonej w odpowiedzialny sposób.

Przy określaniu czasu, w jakim ubezpieczony musi uzyskać daną opiekę, bierzemy za punkt wyjścia merytoryczne kryteria medyczne, a w razie potrzeby także ogólnie akceptowalne normy na podstawie czynników natury psychospołecznej, etycznej i społecznej.

1.7 Pobyt w szpitalu

W razie pobytu w szpitalu ubezpieczonemu przysługuje refundacja do wysokości stawek najniższej klasy. Dzięki temu ubezpieczeniu zawsze uzyskają Państwo potrzebne leczenie szpitalne w Holandii.

Przykład
Gdy szpital stosuje dwie różne stawki za pobyt, np. w standardzie 2. i 1. klasy, zrefundujemy tylko koszty po najniższej stawce, czyli w tym przypadku za pobyt w standardzie 2. klasy. Różnica w klasach standardu może polegać np. na liczbie pacjentów w jednej sali. Szpitale w Holandii rzadko stosują dwie różne stawki za pobyt, ale często ma to miejsce w szpitalach za granicą.

1.8 Rozpoczęcie i zakończenie objęcia prawem do opieki zdrowotnej lub refundacji jej kosztów

Jeśli na podstawie umowy ubezpieczenia przysługuje Państwu prawo do otrzymania opieki zdrowotnej lub refundacji kosztów, jakie ponieśli Państwo na tę opiekę, prawo to będzie Państwu przysługiwać wyłącznie wówczas, jeśli uzyskają Państwo tę opiekę w okresie obowiązywania ubezpieczenia zdrowotnego. Data dostarczenia opieki podana przez świadczeniodawcę będzie kluczowa przy rozstrzygnięciu, do którego roku kalendarzowego należy doliczyć zadeklarowane koszty. Jeśli leczenie będzie miało miejsce na przełomie dwóch lat kalendarzowych i świadczeniodawca złoży za nie jedną deklarację, data rozpoczęcia leczenia będzie kluczowa dla ustalenia prawa do refundacji.

1.9 Pisemna zgoda, skierowanie lub recepta

1.9.1 Pisemna zgoda

W przypadku niektórych form opieki zdrowotnej muszą Państwo uzyskać od nas najpierw pisemną zgodę, aby przysługiwało Państwu prawo do tej opieki lub refundacji jej kosztów. W Rubryce B niniejszych warunków, przy każdej formie opieki podano, czy konieczne jest uzyskanie na nią uprzedniej zgody na piśmie. Dotyczy to zarówno zakontraktowanej, jak i niezakontraktowanej opieki (o ile niniejsze warunki ubezpieczenia nie przewidują inaczej).

Jeśli zdecydowali się Państwo skorzystać z naszego ubezpieczenia, a Państwa wcześniejszy ubezpieczyciel wydał już Państwu zgodę na dane świadczenie, zachowa ona ważność do podanej na niej daty końcowej. Refundacja odbędzie się w sposób opisany w niniejszych warunkach ubezpieczenia.

Przykład
Przystąpili Państwo do naszego ubezpieczenia w dniu 1 stycznia 2021 r. Państwa poprzedni ubezpieczyciel wydał Państwu pisemną zgodę na uzyskanie świadczenia z zakresu chirurgii plastycznej. Data końcowa obowiązywania tej zgody to 23 marca 2021 r. Jeśli poddadzą się Państwo leczeniu przed tą datą, nie będą się Państwo musieli zwracać do nas o zgodę.

1.9.2 Złożenie na czas wniosku o udzielenie zgody

Ubezpieczający/ubezpieczony jest zobowiązany złożyć wniosek w Zorg en Zekerheid o udzielenie zgody, która jest wymagana na określone leczenie, świadczenia i instytucje opieki zdrowotnej, z odpowiednim wyprzedzeniem, tak aby Zorg en Zekerheid miało możliwość uzyskać wszystkie wymagane wyjaśnienia i jeśli jest to konieczne, określić dokładne warunki korzystania z zaproponowanego leczenia lub świadczeń.

1.9.3 Niedopełnienie obowiązku

W przypadku niewywiązania się z obowiązku określonego w artykule 1.9.2 ewentualnymi (finansowymi) skutkami zostanie z zasady obciążony ubezpieczony. Poza tym w przypadku nieudzielenia (jeszcze) wymaganej zgody przez Zorg en Zekerheid ubezpieczonemu z zasady nie będzie przysługiwać prawo do opieki, lub też firma Zorg en Zekerheid nie będzie miała obowiązku refundacji jakichkolwiek kosztów.

1.9.4 Skierowanie lub recepta

Może się też zdarzyć, że aby uzyskać świadczenie, będą Państwo potrzebować skierowania lub recepty, z którego(-ej) będzie wynikać, że mają Państwo wskazanie do skorzystania z tej opieki. W Rubryce B niniejszych warunków, przy każdej formie opieki podano, czy konieczne jest uzyskanie na nią uprzedniego skierowania lub recepty. Nie potrzebują Państwo skierowania, aby otrzymać nagłą pomoc medyczną (opiekę, która nie może być udzielona w późniejszym czasie).

1.10 Refundacja kosztów innych form opieki

W niektórych przypadkach może Państwu przysługiwać prawo do refundacji kosztów innych form opieki zdrowotnej, niż wymienione w niniejszej polisie. Może się tak zdarzyć, gdy dane leczenie jest uznawane za powszechnie akceptowane i prowadzi do podobnych rezultatów, a także nie jest zakazane prawem. Aby uzyskać refundację kosztów tego rodzaju leczenia, niezbędne jest uzyskanie uprzedniej zgody.

1.11 Refundacja

Na wypadek, gdybyśmy musieli wypłacić wyższą kwotę świadczenia niż zobowiązuje nas do tego niniejsza umowa, poprzez zawarcie tego ubezpieczenia zdrowotnego udzielają nam Państwo imiennego upoważnienia do pobrania od Państwa nadpłaconej należności. Upoważnienie to dotyczy kwoty, jaką zapłacą Państwo świadczeniodawcy powyżej kwoty podlegającej refundacji.

1.12 Kiedy rachunek za świadczenie ulega przedawnieniu

W zasadzie Państwa prawo do refundacji kosztów opieki zdrowotnej ulega przedawnieniu w dniu 31 grudnia trzeciego roku następującego po roku, w którym miało miejsce leczenie. Mogą Państwo zapobiec temu przedawnieniu, jeśli w tym okresie powiadomią nas Państwo na piśmie o wyraźnej chęci skorzystania ze swojego prawa do refundacji.

1.13 Powiadomienia

Wysyłając pisma na Państwa ostatni znany nam adres pocztowy i/lub adres e-mail zakładamy, że zostały one Państwu dostarczone.

Artykuł 2. Rozpoczęcie, czas trwania i zakończenie okresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym

2.1 Od kiedy są Państwo ubezpieczeni

Objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym Państwa i/lub osób, które zostały przez Państwa współubezpieczone, rozpoczyna się w zasadzie w dniu, w którym otrzymaliśmy kompletnie wypełniony wniosek (formularz wniosku). Data wejścia ubezpieczenia zdrowotnego w życie jest podana w polisie.

2.1.1 W przypadku, gdy na podstawie wypełnionego formularza wniosku nie będziemy w stanie stwierdzić, czy mamy też zawrzeć ubezpieczenie zdrowotne z Państwem i/lub z osobą bądź osobami podanymi przez Państwa w (formularzu) wniosku, poprosimy Państwa o przekazanie nam dodatkowych informacji, które wyjaśnią te niejasności. Ubezpieczenie zdrowotne wejdzie wtedy w życie w dniu, w którym otrzymamy wszystkie dodatkowe informacje, chyba że będzie miał zastosowanie artykuł 2.1.2.

2.1.2 Jeśli wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym zostanie złożony w ciągu czterech miesięcy od powstania obowiązku ubezpieczenia, zastosowaną datą wejścia w życie będzie dzień powstania obowiązku ubezpieczenia. Dlatego w przypadku, gdy urodzi się Państwu dziecko, bardzo ważne jest, aby ubezpieczyli je Państwo u nas w ciągu czterech miesięcy. Dziecko będzie wówczas ubezpieczone od chwili urodzenia. Jeśli w ciągu czterech miesięcy nie otrzymamy zgłoszenia do objęcia ubezpieczeniem nowo narodzonego dziecka, ubezpieczenie to wejdzie w życie dopiero z dniem zgłoszenia, a nie z mocą wsteczną od dnia narodzin.

2.1.3 Państwa ubezpieczenie zdrowotne zacznie obowiązywać z mocą wsteczną od dnia, w którym zostało zakończone poprzednie ubezpieczenie zdrowotne, pod warunkiem, że okres pomiędzy datą zakończenia poprzedniego ubezpieczenia zdrowotnego i zawarciem nowego nie przekroczy jednego miesiąca. Objęcie ubezpieczeniem z mocą wsteczną pod określonym tu warunkiem jest możliwe tylko w następujących przypadkach:

a. poprzednie ubezpieczenie zdrowotne zostało zakończone przez wypowiedzenie z dniem 1 stycznia;
b. warunki ubezpieczenia zostały zmienione na niekorzyść ubezpieczonego;
c. podstawa składki ubezpieczeniowej została zmieniona na niekorzyść ubezpieczonego.

2.1.4 Jeśli w dniu określonym w artykule 2.1 będą Państwo jeszcze objęci innym ubezpieczeniem zdrowotnym, nasze ubezpieczenie wejdzie w życie w dniu podanym przez Państwa. Dzień taki musi być wyznaczony na datę w przyszłości, a Państwo muszą spełniać warunki przejścia do innego ubezpieczyciela.

2.2 Kiedy można wypowiedzieć ubezpieczenie

Jako osoba ubezpieczająca mogą Państwo wypowiedzieć ubezpieczenie zdrowotne na piśmie z dniem 1 stycznia każdego roku. Wypowiedzenie takie musi jednak wpłynąć do nas najpóźniej do dnia 31 grudnia poprzedniego roku. Jeśli ubezpieczenie lub ubezpieczenia nie zostaną wymówione, będą one automatycznie przedłużone na okres kolejnego roku. Jeśli wypowiedzenie zostało dokonane najpóźniej w dniu 31 grudnia, ubezpieczenie zdrowotne przestanie obowiązywać z dniem 1 stycznia następnego roku. Będą Państwo wtedy mieli czas do 1 lutego, aby zawrzeć inne ubezpieczenie zdrowotne. Nowe ubezpieczenie zdrowotne wejdzie wtedy w życie z mocą wsteczną od 1 stycznia.

Wypowiedzenia można też dokonać korzystając z usługi wypowiedzenia świadczonej przez holenderskich ubezpieczycieli zdrowotnych. Oznacza to, że wydadzą Państwo wówczas zgodę ubezpieczycielowi obsługującemu Państwa nowe ubezpieczenie na wypowiedzenie dotychczasowego ubezpieczenia lub ubezpieczeń zdrowotnych i zawarcie takiego ubezpieczenia u niego. Również w tym przypadku muszą Państwo zawnioskować o objęcie innym ubezpieczeniem zdrowotnym przed 31 grudnia.

2.2.1 Wcześniejsze wypowiedzenie ubezpieczenia

Państwo, jako ubezpieczający mogą dokonać wcześniejszego, pisemnego wypowiedzenia ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku, gdy:

a. ubezpieczyli Państwo inną osobę poza sobą i obecnie osoba ta zawarła inne ubezpieczenie na podstawie Ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym. Przykładem jest ukończenie 18. roku życia przez dziecko ubezpieczającego. W takim przypadku konieczne jest jednak wypowiedzenie ubezpieczenia zdrowotnego w ciągu 30 dni.

> **Wypowiedzenie w przypadku 18. urodzin.**
> Jeśli Państwa dziecko kończy 18 lat, mogą Państwo dokonać wcześniejszego wypowiedzenia jego ubezpieczenia. Państwa dziecko musi wtedy samodzielnie zawrzeć dla siebie ubezpieczenie zdrowotne.

Jeśli dokonają Państwo wówczas wypowiedzenia, a my otrzymamy je przed dniem wejścia w życie nowego ubezpieczenia zdrowotnego, zakończymy objęcie ubezpieczeniem w tym dniu. Jeśli otrzymamy Państwa wypowiedzenie w późniejszym czasie, dniem wejścia w życie będzie pierwszy dzień drugiego miesiąca kalendarzowego po otrzymaniu przez nas wypowiedzenia. Na żądanie mają

Państwo obowiązek przedłożenia dokumentów potwierdzających fakt zawarcia przez osobę ubezpieczoną innego ubezpieczenia zdrowotnego;

b. nie mogą już Państwo dłużej korzystać z grupowej umowy zawartej przez Państwa pracodawcę z powodu rozpoczęcia nowej pracy i mają Państwo możliwość przystąpienia do innej grupowej umowy ubezpieczeniowej u nowego pracodawcy. Muszą Państwo jednak wówczas złożyć wypowiedzenie w ciągu 30 dni po rozpoczęciu nowej pracy. Na żądanie mają Państwo obowiązek przedłożenia dokumentów potwierdzających fakt zawarcia innej grupowej umowy ubezpieczenia;

c. wprowadzimy zmiany do składki i/lub warunków ubezpieczenia zgodnie z zapisami artykułu 2.8.2;

d. otrzymali Państwo od organu władz w zakresie opieki zdrowotnej powiadomienie o otrzymaniu przez nas od tego organu pouczenia z powodu niespełniania wymogów artykułu 15f ustawy o dodatkowych zasadach dot. przetwarzania danych osobowych w opiece zdrowotnej, lub też powiadomienie o nałożeniu na nas kary finansowej wskutek naruszenia zapisów tego artykułu. Mogą Państwo wówczas wypowiedzieć ubezpieczenie w terminie 6 tygodni od dnia otrzymania powiadomienia określonego w literze d. Wypowiedzenie wejdzie w życie w pierwszy dzień drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po dniu jego złożenia.

2.3 Kiedy nie można wypowiedzieć ubezpieczenia

Jeśli otrzymali Państwo od nas wezwanie do zapłaty w związku z zaległymi płatnościami należnej składki, nie będą Państwo mogli wypowiedzieć ubezpieczenia zdrowotnego do chwili zapłacenia należnej składki i ewentualnych kosztów jej windykacji. Wypowiedzenie jest wtedy jednak możliwe w przypadku zawieszenia przez nas objęcia Państwa ubezpieczeniem lub zatwierdzenia przez nas Państwa wypowiedzenia w ciągu dwóch tygodni.

2.4 Kiedy możemy wypowiedzieć Państwu ubezpieczenie

Możemy zakończyć objęcie Państwa ubezpieczeniem tylko w następujących sytuacjach:

a. kiedy nie będą Państwo płacić na czas składki i ewentualnych kosztów jej windykacji w myśl artykułu 3.4 „Zaległe płatności”;
b. gdy wystąpi oszustwo określone w artykule 4.5 „Postępowanie w przypadku oszustw”;
c. jeśli z przyczyn leżących w naszym interesie wycofamy ubezpieczenie zdrowotne z rynku.

2.5 Kiedy możemy zawiesić objęcie Państwa ubezpieczeniem

Możemy zawiesić objęcie Państwa ubezpieczeniem, gdy nie będą Państwo płacić na czas składki i ewentualnych kosztów jej windykacji w myśl artykułu 3.4 „Zaległe płatności”.

2.6 Kiedy ubezpieczenie zdrowotne wygasa z mocy prawa

Ubezpieczenie zdrowotne może też przestać obowiązywać z mocy prawa. Wygaśnie ono w ten sposób w następujących sytuacjach, w dniu następującym po dniu, w którym:

a. nie będziemy mogli już oferować lub realizować ubezpieczeń zdrowotnych w wyniku zmiany lub cofnięcia posiadanego przez nas zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie ubezpieczeń. Otrzymają Państwo wówczas od nas z dwumiesięcznym wyprzedzeniem powiadomienie wyjaśniające przyczyny i datę wygaśnięcia ubezpieczenia;
b. nastąpi śmierć osoby ubezpieczonej (należy zgłosić nam ten fakt w terminie 30 dni);
c. wygaśnie obowiązek objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym;
d. gdy przystąpią Państwo do czynnej służby wojskowej.

Państwo, jako ubezpieczający mają obowiązek jak najszybszego poinformowania nas o fakcie śmierci osoby ubezpieczonej, wygaśnięciu obowiązku objęcia ubezpieczeniem lub przystąpienia do czynnej służby wojskowej. Zwrócimy wtedy Państwu ewentualnie nadpłaconą składkę ubezpieczeniową lub rozliczymy ją z opłaconymi przez nas kosztami opieki, do której nie przysługiwało już Państwu prawo. Jeśli opłacone przez nas koszty takiej opieki przewyższą kwotę składki do zwrotu, zostaną Państwo nimi obciążeni.

2.7 Ubezpieczenie osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym

Jeśli zostali Państwo u nas ubezpieczeni na mocy artykułu 9d ust. 1 Ustawy ZVW (Ustawa o ściganiu i ubezpieczaniu osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym), mogą Państwo anulować to ubezpieczenie zdrowotne. Mają na to Państwo dwa tygodnie licząc od daty powiadomienia Państwa przez Centralne Biuro Administracji (Centraal Administratiekantoor, CAK) o fakcie ubezpieczenia w naszej firmie. Aby anulowanie ubezpieczenia było możliwe, muszą Państwo wykazać zarówno CAK, jak i nam, że w ubiegłym okresie byli już Państwo objęci innym ubezpieczeniem zdrowotnym. Chodzi tu o okres, o którym mowa w artykule 9d ust. 1 Ustawy ZVW.

Jesteśmy upoważnieni do anulowania zawartej dla Państwa przez CAK przez pomyłkę umowy ubezpieczenia, gdyby następnie okazało się, że w chwili jej zawarcia nie podlegali Państwo obowiązkowi ubezpieczenia. Sytuacja taka stanowi odstępstwo od artykułu 931 księgi 7 Kodeksu cywilnego.

Nie mogą Państwo wypowiedzieć ubezpieczenia zdrowotnego zawartego na mocy artykułu 9d ust. 1 Ustawy ZVW, w ciągu pierwszych dwunastu miesięcy jego trwania. Stanowi to odstępstwo od artykułu 7 Ustawy ZVW. Wyjątkiem są zapisy ustępu 3 tego artykułu – jeśli ma on zastosowanie, przysługuje Państwu możliwość wypowiedzenia ubezpieczenia zdrowotnego.

2.8. Zmiana wysokości (podstawy) składki i warunków

2.8.1 Zmiana składki i warunków

Mamy prawo, aby w dowolnym czasie w ciągu roku wprowadzić całościowe lub częściowe zmiany do warunków ubezpieczenia i/lub podstawy składki ubezpieczenia zdrowotnego. W takim przypadku poinformujemy o tym na piśmie Państwa, jako ubezpieczającego. Zmiana w warunkach lub podstawie składki zacznie obowiązywać dopiero po 7 tygodniach od dnia powiadomienia Państwa o niej.

2.8.2 Prawo wypowiedzenia

W przypadku, gdybyśmy zmienili warunki ubezpieczenia i/lub podstawę składki na ubezpieczenie zdrowotne na Państwa niekorzyść, będzie Państwu przysługiwać prawo wypowiedzenia tego ubezpieczenia w terminie 7 tygodni od otrzymania przez Państwa powiadomienia o zmianie. Wypowiedzenie takie musi mieć formę pisemną i zostać przesłane do nas listem poleconym. Prawo wypowiedzenia nie przysługuje Państwu w przypadku, gdy zmiana wprowadzona do warunków i/lub podstawy składki jest skutkiem zmiany zasad ustanowionych w artykułach od 11 do 14 włącznie Ustawy ZVW.

Jeśli do dnia wejścia w życie zmienionych warunków i/lub podstawy składki nie otrzymamy pisemnego powiadomienia o wypowiedzeniu, Państwa ubezpieczenie zdrowotne będzie kontynuowane na nowych warunkach.

2.9 Bezprawne zawarcie ubezpieczenia

a. Gdyby na Państwa wniosek zawarta została umowa ubezpieczenia zdrowotnego w oparciu o Ustawę o ubezpieczeniu zdrowotnym, a następnie okazałby się, że nie mieli Państwo lub też od któregokolwiek momentu nie mieli już Państwo obowiązku ubezpieczenia, niniejsza umowa przestaje obowiązywać z mocą wsteczną, od momentu, kiedy przestał (już) Państwa obejmować obowiązek ubezpieczenia.
b. Rozliczymy Państwa składki płacone od momentu, kiedy przestał (już) obejmować Państwa obowiązek ubezpieczenia, z kosztami opieki zdrowotnej, z której skorzystali Państwo przez ten czas na rachunek Zorg en Zekerheid, a następnie wypłacimy Państwu pozostałe saldo lub obciążymy należnymi jeszcze kosztami.

Artykuł 3. Składka i ryzyko własne

3.1 Podstawa składki

Podstawę wymiaru składki stanowi składka na ubezpieczenie bez zniżki za dobrowolne ryzyko własne i/lub zniżki za udział w ubezpieczeniu grupowym. Ewentualne zniżki w składce podano w Państwa polisie.

3.1.1 Obliczenie składki

Podstawa wymiaru składki	,-- €
Zniżka z tytułu wyboru dobrowolnego ryzyka własnego	,-- - €
Zniżka z tytułu ubezpieczenia grupowego (% podstawy wymiaru składki)	,-- - €
Podsuma	
Zniżka z tytułu terminów płatności (% wyniku częściowego)	,-- - €
Składka do zapłacenia	,-- - €

3.2 Kto opłaca składkę

Obowiązek opłacenia składki spoczywa na ubezpieczającym. Ubezpieczony, który nie osiągnął jeszcze 18. roku życia, nie ma obowiązku opłacania składek. Będzie ją musiał płacić dopiero począwszy od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po jego 18. urodzinach. W przypadku śmierci ubezpieczonego, składka jest należna do dnia jego śmierci, włącznie z tym dniem.

> **Przykład**
> Osoba, która ukończyła 18 lat 2 lutego, płaci składkę ubezpieczeniową od 1 marca.

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek i innych udziałów wynikających z (zagranicznych) uregulowań lub postanowień prawnych za wszystkie ubezpieczone przez niego osoby. Płatności odbywają się z góry. Mogą Państwo wybrać okres płatności: co miesiąc, co kwartał, co pół roku, lub co rok. Jeśli zdecydują się Państwo na płacenie składek co rok lub co pół roku, otrzymają Państwo zniżkę w należnej składce. Gdy przystąpią Państwo do umowy grupowej może się okazać, że mogą Państwo skorzystać tylko z comiesięcznej opcji płatności. Nie przysługuje Państwu wówczas zniżka w należnej składce.

3.2.1 Zniżka za udział w ubezpieczeniu grupowym

Jeśli zawarli Państwo grupową umowę ubezpieczenia zdrowotnego, otrzymają Państwo zniżkę od podstawy wymiaru składki.

W dniu, w którym zakończy się Państwa objęcie ubezpieczeniem grupowym, przestanie też mieć zastosowanie zniżka w składce, a także ewentualne szczególne warunki zawarte w grupowej umowie ubezpieczenia.

3.2.2 Dobrowolne ryzyko własne przy przystąpieniu do ubezpieczenia grupowego

Gdy przystąpią Państwo do umowy grupowej może się okazać, że wybór dobrowolnego ryzyka własnego jest ograniczony lub wykluczony. Jeśli udział w takim ubezpieczeniu grupowym rozpocznie się podczas obowiązywania Państwa innego ubezpieczenia zdrowotnego, może to skutkować wprowadzeniem zmian do wybranego przez Państwa wcześniej dobrowolnego ryzyka własnego.

3.3 Potrącanie kwot należnych do refundacji ze składki

Niedozwolone jest odliczanie należnej składki z kwot, jakie mamy jeszcze należne względem Państwa do refundacji.

Przy zmianie ubezpieczenia w trakcie miesiąca jesteśmy uprawnieni, aby z początkiem pierwszego następującego po nim miesiąca dokonać (ponownego) przeliczenia lub zwrotu kwoty składki.

W przypadku śmierci ubezpieczonego, rozliczenie lub zwrot składki nastąpi z pierwszym dniem następującym po dniu zgonu.

3.4 Zaległe płatności

Jeśli nie zapłacą (nie zwrócą) Państwo na czas składki, obowiązkowego/dobrowolnego ryzyka własnego, udziałów własnych, niesłusznie wypłaconych kwot refundacji lub opłat wynikających z przepisów prawnych, prześlemy Państwu wezwanie do zapłaty. Po otrzymaniu wezwania do zapłaty będą mieli Państwo 30 dni na uiszczenie należności. W przeciwnym razie nie będzie Państwu przysługiwać prawo do (refundacji kosztów) leczenia medycznego, z jakiego będą Państwo korzystać po dniu, w którym najpóźniej mieli Państwo dokonać zapłaty.

3.4.1 Jeśli Państwa zaległość z tytułu płatności składki ubezpieczeniowej wyniesie dwie miesięczne składki, przedstawimy Państwu propozycję planu rozłożenia płatności. Nastąpi to w terminie 10 dni roboczych od stwierdzenia u Państwa zaległości w płatnościach.

3.4.2 Jeśli Państwa zaległość z tytułu płatności składki ubezpieczeniowej wyniesie cztery miesiące, przekażemy Państwu niezwłocznie informację o zamiarze zgłoszenia Państwa zaległości do CAK w myśl artykułu 18c Ustawy ZVW. Gdy zaległość w płatności składek wyniesie sześć miesięcy, dokonamy zgłoszenia do CAK, chyba że w ciągu czterech tygodni od otrzymania powiadomienia poinformują nas Państwo, że kwestionują Państwo fakt powstania zaległości lub też wysokość zaległej kwoty.

3.4.3 Jeśli podtrzymamy nasze stanowisko w sprawie zaległości po ich zakwestionowaniu przez Państwa, mogą Państwo w ciągu czterech tygodni od otrzymania powiadomienia przekazać sprawę do rozstrzygnięcia Fundacji ds. skarg i sporów związanych z ubezpieczeniami zdrowotnymi (Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, SKGZ) lub sądowi cywilnemu. Jeśli plan rozłożenia płatności, o którym mowa w artykule 18a Ustawy ZVW, zacznie obowiązywać po powstaniu zaległości w opłacaniu składki za cztery miesiące, ubezpieczyciel zaniecha zawiadomienia, o którym mowa w artykule 18b ust. 1, jeżeli będą Państwo dotrzymywać wyznaczonych w ramach tego planu nowych terminów płatności (zob. artykuł 18b ust. 3 Ustawy ZVW).

3.4.4 Jeśli Państwa zaległość w płatności wyniesie sześć lub więcej miesięcy, dokonamy zgłoszenia Państwa do CAK. Podamy przy tym dane osobowe Państwa, jako ubezpieczającego i ewentualnych osób ubezpieczonych, które będą potrzebne do nałożenia składki administracyjnej i do celu realizacji postanowień artykułu 34a Ustawy ZVW. Nie dokonamy zgłoszenia do CAK, jeśli:

a. na czas zakwestionowali Państwo zaległość w płatności składek i nie powiadomiliśmy jeszcze Państwa o naszym stanowisku w tej sprawie;
b. nie upłynął jeszcze termin określony w artykule 18b ust. 2 Ustawy ZVW;
c. wnieśli Państwo w terminie sprawę do SKGZ lub sądu cywilnego i w sprawie tej nie wydano jeszcze ostatecznej decyzji;
d. zgłosili się Państwo do doradcy ds. regulacji zobowiązań i następnie wykazali, że zawarli Państwo pisemną umowę uregulowania swoich zobowiązań.

3.4.5 Niezwłocznie powiadomimy CAK o dniu, w którym:

a. należności za zaległości w płatnościach związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym są lub zostaną w całości uregulowane lub anulowane;
b względem ubezpieczającego zastosowany zostanie plan oddłużania osób fizycznych, przewidziany w ustawie upadłościowej (Faillissementswet);
c. zawarto umowę, o której mowa w artykule 18c ust. 2 lit. d Ustawy ZVW (czyli pisemną umowę dot. uregulowania zobowiązań ubezpieczającego). Umowa ta musi zostać zawarta za pośrednictwem doradcy ds. regulacji zobowiązań, o którym mowa w artykule 48 Ustawy o kredytach konsumenckich (Wet op het consumentenkrediet). Lub też poinformujemy Państwa, jako ubezpieczającego i CAK o dniu zawarcia regulacji w zakresie oddłużenia, w której oprócz Państwa musi wziąć udział nasza firma jako ubezpieczyciel.

3.4.6 Jeśli do dochodzenia należnych nam płatności włączymy firmę windykacyjną, zostaną Państwo obciążeni wszystkimi, zarówno sądowymi, jak i pozasądowymi kosztami związanymi z tą procedurą. Od 1 lipca 2012 r. koszty procedury pozasądowej zostały ustalone na kwotę minimalną
40,00 €. Koszty te będą należne do zapłaty od chwili powstania naruszenia i braku wywiązywania się z obowiązku płatności.

3.4.7 Państwa prawo do (refundacji kosztów) opieki zdrowotnej będzie Państwu ponownie przysługiwać od dnia następującego po dniu, w którym otrzymamy zapłatę należnej kwoty i poniesionych kosztów.

3.5 Obowiązkowe ryzyko własne

3.5.1 Wysokość kwoty obowiązkowego ryzyka własnego

Osoby powyżej 18. roku życia obowiązuje obowiązkowe ryzyko własne (verplicht eigen risico) w wysokości 385,00 € na rok kalendarzowy. Kwota obowiązkowego ryzyka własnego jest ustalana corocznie przez władze i obowiązuje w odniesieniu do każdej z osób ubezpieczonych.

Oznacza to, że do wysokości kwoty obowiązkowego ryzyka własnego ubezpieczony musi sam zapłacić za koszty opieki objętej ubezpieczeniem. Chodzi tu o koszty, jakie w ciągu roku kalendarzowego ponoszą Państwo na podstawie ubezpieczenia podstawowego.

> **Przykład**
> Weźmy na przykład pobyt w szpitalu, którego koszty są przez nas refundowane. Po pobycie otrzymają Państwo od nas rachunek za zapłatę Państwa obowiązkowego ryzyka własnego i ewentualnego dobrowolnego ryzyka własnego.

3.5.2 W przypadku jakiej opieki ma zastosowanie obowiązkowe ryzyko własne

Obowiązkowe ryzyko własne dotyczy wszystkich form opieki określonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia, z wyjątkiem:

a. opieki świadczonej przez lekarzy pierwszego kontaktu. Nie obejmuje ona jednak zapisanych przez tych lekarzy leków niewchodzących w zakres ich opieki. To samo dotyczy badań laboratoryjnych (np. badań krwi), które wchodzą w zakres opieki lekarza pierwszego kontaktu. Jeśli badania laboratoryjne zlecone przez lekarza pierwszego kontaktu zostaną wykonane przez innego świadczeniodawcę, wówczas obowiązkowe ryzyko własne będzie mieć zastosowanie. Koszty konsultacji w ramach projektu Transparant Next przeprowadzanej przez lekarza psychiatrę nie są objęte ryzykiem własnym;
b. bezpośrednich kosztów opieki położniczej i opieki poporodowej. Ryzykiem własnym objęte są wszelkie powiązane z tym koszty, jak np. przewóz karetką, leki i badanie wykonane w innym miejscu, za które został wystawiony osobny rachunek. Również założenie spirali przez położną(-ego) jest objęte ryzykiem własnym;
c. antykoncepcji dla ubezpieczonych w wieku od 18. do 20. roku życia włącznie;
d. opieki medycznej i pielęgniarskiej (domowych usług pielęgniarskich) określonej w Rubryce B, w artykule 21 i 27.1;
e. transportu dawcy, jeśli dawca posiada własne ubezpieczenie zdrowotne i zostanie ono obciążone kosztami przewozu. Pokrywamy w takim przypadku koszty podróży transportu środkami publicznego najniższej klasy. Jeśli wskazania natury medycznej spowodują konieczność podróży samochodem, zrefundowane zostaną koszty transportu tym środkiem transportu;
f. związane z przeszczepem koszty opieki poniesione przez dawców organów po 13 tygodniach lub, w przypadku przeszczepu wątroby, po 26 tygodniach po przeszczepie od żyjącego dawcy;
g. leków określonych przez nas w Regulaminie opieki farmaceutycznej, jako leki preferowane. Należy jednak pamiętać, że usługi świadczone przez aptekę, np. koszty sprowadzenia leku, rozmowa informacyjna w przypadku nowego leku lub instruktaż dotyczący wykonywania inhalacji, nie są zwolnione z ryzyka własnego. Zob. również Rubryka B, artykuł 19;
h. kontroli prewencyjnej w zakresie użycia leków przeprowadzanej przez zakontraktowanego farmaceutę;
i. zakontraktowanej opieki wielodyscyplinarnej dotyczącej schorzeń przewlekłych, tzw. opieki kompleksowej. Wyjątkiem są świadczenia nie wchodzące w skład tej opieki kompleksowej;
j. zatwierdzonych przez nas programów rzucania palenia (Stoppen met roken) (włącznie z lekami). Stawki te można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**;
k. kompleksowego programu zmiany trybu życia (GLI);
l. środków pomocniczych udostępnianych do użytkowania.

3.5.3 Od kiedy należy płacić obowiązkowe ryzyko własne

Jeśli ubezpieczony kończy 18. lat w ciągu roku kalendarzowego, będzie musiał płacić obowiązkowe ryzyko własne począwszy od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po jego 18. urodzinach. Wysokość kwoty obowiązkowego ryzyka własnego jest wówczas obliczana w sposób określony w artykule 3.5.4.

3.5.4 Obliczanie kwoty obowiązkowego ryzyka własnego

Jeśli objęcie ubezpieczeniem nie rozpoczyna lub nie kończy się w dniu 1 stycznia w związku z ukończeniem przez ubezpieczonego 18. roku życia lub też z innych powodów, kwota ryzyka własnego za ten rok kalendarzowy zostanie obliczona następująco:

$$\text{Ryzyko własne} \times \frac{\text{liczba dni w roku kalendarzowym, przez które ubezpieczony będzie lub był objęty ubezpieczeniem}}{\text{liczba dni w tym roku kalendarzowym}}$$

Kwota będąca wynikiem tych obliczeń zostanie zaokrąglona do pełnej kwoty w euro.

Przykład
Ubezpieczenie zacznie obejmować ubezpieczonego z dniem 1 listopada danego roku kalendarzowego, w którym kończy on 18 lat. Wysokość kwoty ryzyka własnego jest wówczas naliczana za okres do 1 stycznia następnego roku kalendarzowego. W tym przypadku będzie to 61 dni. Każdy rok kalendarzowy liczy 365 dni (z wyjątkiem roku przestępnego). Ryzyko własne wynosi więc: 385,00 € x 61 dni, podzielone przez 365 dni = 64,34 €, które zostaje zaokrąglone do kwoty 64,00 €.

3.5.5 Obowiązkowe ryzyko własne w przypadku produktu DBC

Jeśli leczenie zostaje zadeklarowane w formie tzw. produktu łączonego systemu diagnostyczno-leczniczego (DBC), całościowego świadczenia z zakresu opieki okołoporodowej, świadczenia z zakresu podstawowej opieki GGZ lub opieki ZZP GGZ, koszty tego leczenia zostaną potrącone z obowiązkowego ryzyka własnego za rok kalendarzowy, w którym rozpoczęto świadczenie tych form opieki.

3.5.6 Zapłata obowiązkowego ryzyka własnego

Gdy będziemy płacić koszty Państwa leczenia bezpośrednio świadczeniodawcy i okaże się, że nie zapłacili mu Państwo jeszcze obowiązkowego ryzyka własnego (jeśli miało zastosowanie), rozliczymy je z należnymi Państwu kwotami lub będziemy dochodzić od Państwa jego zapłaty. W przypadku ich dochodzenia od Państwa, otrzymają Państwo od nas pisemne żądanie zapłaty w terminie 14 dni lub powiadomienie, w którym poinformujemy, że w ciągu 14 dni pobierzemy należną kwotę z Państwa rachunku.

Refundujemy wyłącznie koszty przekraczające wysokość kwoty obowiązkowego ryzyka własnego i ewentualnego dobrowolnego ryzyka własnego. Obowiązkowe ryzyko własne ma zastosowanie również w odniesieniu do elementów pakietu ubezpieczeniowego, w stosunku do których podana jest kwota maksymalna, chyba że warunki ubezpieczenia stanowią inaczej.

3.6 Dobrowolne ryzyko własne

3.6.1 Czym jest dobrowolne ryzyko własne

Jako ubezpieczający mogą Państwo w ramach ubezpieczenia zdrowotnego wybrać opcję dobrowolnego ryzyka własnego, jeśli osoba ubezpieczona ma powyżej 18 lat. Można wybrać kwotę takiego ryzyka w wysokości: 0,00 €; 100,00 €; 200,00 €; 300,00 €; 400,00 € lub 500,00 € na rok kalendarzowy. Wybrana kwota dobrowolnego ryzyka własnego będzie podana w Państwa polisie. Niektóre umowy grupowe nie przewidują możliwości wyboru dobrowolnego ryzyka własnego.

W przypadku dobrowolnego ryzyka własnego ubezpieczony musi sam zapłacić za koszty lub refundację kosztów opieki do wysokości wybranej kwoty. Kwota ta przewyższa więc jeszcze obowiązkowe ryzyko własne określone w artykule 3.5.1. Przy płaceniu za koszty opieki zdrowotnej, przy których obowiązuje ryzyko własne, są one w pierwszej kolejności pokrywane zawsze z Państwa obowiązkowego ryzyka własnego, a następnie z dobrowolnego ryzyka własnego.

W zamian za wybór zastosowania dobrowolnego ryzyka własnego otrzymują Państwo zniżkę w składce ubezpieczeniowej. Aby uzyskać więcej informacji o zniżce związanej z dobrowolnym ryzykiem własnym, należy zapoznać się z modułem ofertowym na stronie **zorgenzekerheid.nl**.

3.6.2 W przypadku jakiej opieki ma zastosowanie dobrowolne ryzyko własne

Dobrowolne ryzyko własne jest płacone w przypadku opieki, za którą należne jest też obowiązkowe ryzyko własne (zob. artykuł 3.5.2).

3.6.3 Kiedy można zmienić wybrane dobrowolne ryzyko własne

Zmiany do wybranego dobrowolnego ryzyka własnego można wprowadzać tylko od 1 stycznia nowego roku kalendarzowego. Nie można więc zmienić dobrowolnego ryzyka własnego, aby obowiązywało z mocą wsteczną, na przykład z 500,00 € na 100,00 €.

Wniosek o zmianę musi do nas wpłynąć najpóźniej 31 grudnia poprzedniego roku kalendarzowego, aby mogła ona zacząć obowiązywać od 1 stycznia nowego roku kalendarzowego. Wniosek o zmianę dobrowolnego ryzyka własnego można złożyć na stronie **MijnZZ.nl**, telefonicznie pod numerem 071 – 5 825 825 lub odwiedzając jeden z naszych oddziałów.

3.6.4 Obliczanie kwoty dobrowolnego ryzyka własnego

Jeśli objęcie ubezpieczeniem rozpoczyna się lub kończy w trakcie roku, kwota dobrowolnego ryzyka własnego za ten rok kalendarzowy zostanie obliczona następująco:

$$\text{Dobrowolne ryzyko własne} \times \frac{\text{liczba dni w roku kalendarzowym, przez które ubezpieczony będzie lub był objęty ubezpieczeniem}}{\text{liczba dni w tym roku kalendarzowym}}$$

Kwota będąca wynikiem tych obliczeń zostanie zaokrąglona do pełnej kwoty w euro.

Przykład dotyczący osób kończących 18 lat
Ubezpieczony wybrał kwotę dobrowolnego ryzyka własnego w wysokości 100,00 €. Ubezpieczenie zdrowotne zacznie obejmować ubezpieczonego z dniem 1 listopada z powodu jego 18. urodzin.

Nie zastosujemy wówczas całych 100,00 € jako dobrowolnego ryzyka własnego, tylko uwzględnimy okres, w jakim ubezpieczonego obowiązuje dobrowolne ryzyko własne. W tym przypadku będzie to 61 dni (= liczba dni do 1 stycznia następnego roku kalendarzowego).

Każdy rok kalendarzowy (z wyjątkiem roku przestępnego) liczy 365 dni. Dobrowolne ryzyko własne wynosi wtedy:

100,00 € x (61 / 365) = 17,00 € (w zaokrągleniu do pełnego euro).

Jeśli już obowiązujące dobrowolne ryzyko własne zostanie zmienione w trakcie roku kalendarzowego i przed tą zmianą mieli już Państwo zawarte ubezpieczenie zdrowotne, obliczymy kwotę dobrowolnego ryzyka własnego w następujący sposób:

Najpierw dodajemy do siebie następujące kwoty:

(kwota roczna dobrowolnego ryzyka własnego w okresie 1 x liczba dni, przez jakie ono obowiązuje) = kwota 1
+
(kwota roczna dobrowolnego ryzyka własnego w okresie 2 x liczba dni, przez jakie ono obowiązuje) = kwota 2

itd.

Zsumowane kwoty dzielimy następnie przez liczbę dni w danym roku kalendarzowym, a wynik zaokrąglamy do pełnych euro.

3.6.5 Dobrowolne ryzyko własne w przypadku produktu DBC
Jeśli leczenie zostaje zadeklarowane na podstawie tzw. produktu łączonego systemu diagnostyczno-leczniczego (DBC), całościowego świadczenia z zakresu opieki okołoporodowej, świadczenia z zakresu podstawowej opieki GGZ lub opieki ZZP GGZ, koszty tego leczenia zostaną potrącone z dobrowolnego ryzyka własnego za rok kalendarzowy, w którym rozpoczęto świadczenie tych form opieki.

3.6.6 Zapłata dobrowolnego ryzyka własnego
Gdy będziemy płacić koszty Państwa leczenia bezpośrednio świadczeniodawcy i okaże się, że nie zapłacili mu Państwo jeszcze dobrowolnego ryzyka własnego (jeśli miało zastosowanie), rozliczymy je z należnymi Państwu kwotami lub będziemy dochodzić od Państwa jego zapłaty. W przypadku ich dochodzenia od Państwa, otrzymają Państwo od nas pisemne żądanie zapłaty w terminie 14 dni lub powiadomienie, w którym poinformujemy, że w ciągu 14 dni pobierzemy należną kwotę z Państwa rachunku.

Gdy zadeklarują Państwo koszty opieki bezpośrednio do nas, rozliczymy kwotę niezapłaconego dobrowolnego ryzyka własnego (jeśli ma zastosowanie) z kwotą(-ami) należną(-ymi) jeszcze do refundacji.

Dobrowolne ryzyko własne ma zastosowanie również w odniesieniu do elementów pakietu ubezpieczeniowego, w stosunku do których podana jest kwota maksymalna, chyba że warunki ubezpieczenia stanowią inaczej.

3.6.7 Dobrowolne ryzyko własne po ukończeniu 18. roku życia
Zwrócimy się do Państwa w tej sprawie na co najmniej cztery tygodnie przed pierwszym dniem miesiąca następującego po 18. urodzinach ubezpieczonego. Prześlemy Państwu list, w którym poprosimy Państwa o zgłoszenie w wyznaczonym terminie, na jakie dobrowolnie wybrane ryzyko własne ubezpieczonego się Państwo decydują. Jeśli nie przekażą nam Państwo swojego wyboru na piśmie w wyznaczonym terminie, wysokość składki ubezpieczeniowej zostanie obliczona na podstawie kwoty dobrowolnego ryzyka własnego ubezpieczającego.

Artykuł 4. Pozostałe warunki

4.1 Obowiązki
4.1.1 Jakie są Państwa obowiązki?
a. Ubezpieczony jest zobowiązany do tego, aby poprosić lekarza prowadzącego lub specjalistę medycznego o przedstawienie przyczyn przyjęcia do szpitala doradcy medycznemu Zorg en Zekerheid, gdy ten zechce je poznać;
b. pomóc w zgromadzeniu wszystkich potrzebnych informacji (z uwzględnieniem przepisów o ochronie prywatności) doradcy medycznemu lub innym osobom odpowiedzialnym za kontrolę w Zorg en Zekerheid. Obejmuje to również udzielenie pomocy w uzyskaniu drugiej opinii niezależnego specjalisty, o ile zaleci to Zorg en Zekerheid. Koszty związane z uzyskaniem drugiej opinii ponosi wówczas Zorg en Zekerheid;
c. poinformować Zorg en Zekerheid o faktach, które mogą doprowadzić do uzyskania zwrotu kosztów od (możliwie) odpowiedzialnych osób trzecich. W związku z tym bezpłatnie udzielą Państwo Zorg en

Zekerheid wszystkich niezbędnych wyjaśnień i/lub zaoferują bezpłatną współpracę. Nie wolno Państwu bez uzyskania pisemnej zgody Zorg en Zekerheid zawierać umów z odpowiedzialnymi osobami trzecimi lub ich ubezpieczycielem w odniesieniu do kosztów refundowanych przez Zorg en Zekerheid;

d. zawiadomić Zorg en Zekerheid w ciągu 30 dni, że ubezpieczony został pozbawiony wolności i/lub o fakcie jego wyjścia na wolność, w związku z postanowieniami prawnymi w sprawie zawieszenia obowiązku płacenia składek w okresie pozbawienia wolności;
e. przedłożyć oryginalne i szczegółowe rachunki w Zorg en Zekerheid przed 31 grudnia trzeciego roku następującego po roku, w którym odbyło się leczenie. Decydująca jest tu data leczenia i/lub data świadczenia opieki, a nie data wystawienia rachunku. W przypadku, gdy rachunek dotyczy produktu opieki zdrowotnej DBC, wszystkie koszty związane z tym produktem przypisuje się do roku, w którym rozpoczęto jego świadczenie. Jeśli rachunki zostaną złożone później, nie będzie Państwu już przysługiwać prawo do refundacji kosztów opieki. Pod uwagę będą brane jedynie oryginalne rachunki lub rachunki wygenerowane komputerowo, które zostały poświadczone przez świadczeniodawcę. Przy deklarowaniu kosztów opieki za granicą lub transportu medycznego na siedząco należy użyć przekazanego przez Zorg en Zekerheid formularza deklaracyjnego zagranica/transport chorych na siedząco, w tym celu należy zapoznać się z informacjami zamieszczonymi na stronie **zorgenzekerheid.nl**;
f. tam, gdzie warunki polisy wymagają skierowania/zaświadczenia w celu zwrócenia się o opiekę medyczną, należy przedłożyć stosowne skierowanie/zaświadczenie na żądanie Zorg en Zekerheid;
g. ubezpieczający/ubezpieczony ma obowiązek pisemnego informowania Zorg en Zekerheid o każdej zmianie, która może mieć wpływ na prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia, tak szybko, jak to możliwe, a najpóźniej w ciągu 30 od chwili wystąpienia zmiany. Zmiany te to między innymi:
   - ustanie ustawowego obowiązku ubezpieczenia;
   - rozwód, koniec trwałego wspólnego zamieszkania lub koniec zarejestrowanego związku partnerskiego;
   - zgon;
   - narodziny;
   - zmiana rachunku bankowego IBAN;
   - zmiana danych adresowych;
   - zmiana adresu e-mail;
   - pozbawienie wolności i przywrócenie wolności.

   Jeśli w ciągu 30 dni Zorg en Zekerheid nie otrzyma powiadomienia o zmianie, zacznie ona obowiązywać dopiero od daty jej zgłoszenia, a nie z mocą wsteczną od dnia zaistnienia zmiany. Wyjątkiem są następujące sytuacje: wygaśnięcie ustawowego obowiązku ubezpieczenia, narodziny (zob. artykuł 2.1.1), śmierć i pozbawienie wolności (data umieszczenia w placówce penitencjarnej będzie dniem zawieszenia ubezpieczenia zdrowotnego) oraz przywrócenie wolności (ubezpieczenie zdrowotne zacznie ponownie obowiązywać w dniu wyjścia na wolność).

4.2 Co nie jest objęte ubezpieczeniem

4.2.1 Wykluczenia

Nie przysługuje Państwu prawo do otrzymania refundacji kosztów za:

a. udziały własne/płatności, jakie mają Państwo należne do zapłaty na podstawie Ustawy ZVW, Ustawy o długotrwałej opiece (WLZ), Ustawy o pomocy społecznej (WMO), Ustawy o dzieciach i młodzieży (Jeugdwet) i/lub badań(-nia) ludności;
b. badania lekarskie do celów zatrudnienia lub inne badania kontrolne (na przykład w ramach starań o prawo jazdy lub uprawnienia pilota), atesty i szczepienia, chyba że obowiązujące rozporządzenia ministerialne stanowią inaczej;
c. szczepienie przeciwko grypie (chyba, że należą Państwo do grupy ryzyka);
d. medycynę alternatywną;
e. leki mające zapobiec chorobie związanej z podróżą;
f. wyprawkę dla noworodka, watę opatrunkową i sterylną gazę higroskopijną do opieki położniczej;
g. leczenie, które wymagało uzyskania uprzedniego skierowania, o które ubezpieczony się nie zwrócił lub które nie zostało wydane;
h. deklaracje przekazane w wyniku niestawienia się na wizycie u świadczeniodawcy;
i. leczenie chrapania przez zabieg uwuloplastyki;
j. leczenie mające na celu sterylizację;
k. zabiegi mające na celu odwrócenie procesu sterylizacji;
l. procedury medyczne ukierunkowane na obrzezanie (cyrkumcyzję) ubezpieczonych płci męskiej, chyba że jest to konieczne ze względów medycznych;
m. leczenie z użyciem kasku korekcyjnego w przypadku plagiocefalii i brachycefalii bez kraniosynostozy (nieprawidłowości w budowie czaszki u niemowląt, niepowstałe wskutek choroby czaszki);
n. koszty, które zostały poniesione poza Holandią z wyjątkiem kosztów określonych w artykule 22 dotyczącym świadczeń za granicą;
o. badania metod leczenia, które w rozumieniu naukowym lub w pojęciu danej grupy zawodowej nie są powszechnie uznawane lub stosowane w ramach wykonywania zawodu lub specjalizacji, bądź nie są ujęte w ustawowo określonym opisie wykonywanych zawodów;
p. pobyt w szpitalu, gdy jego przedłużenie nie jest już konieczne w ocenie naszego doradcy medycznego;

q. badania prenatalne wad wrodzonych, inne niż badanie USG w drugim trymestrze ciąży, jeśli nie wydano wskazań medycznych do ich przeprowadzenia;
r. dolegliwości powstałe w wyniku szkody spowodowanej przez, lub powstałej w wyniku: konfliktu zbrojnego, wojny domowej, powstania, lokalnych rozruchów, zamieszek i buntów, jak określono w artykule 3:38 Ustawy o nadzorze finansowym;
s. dolegliwości powstałe w wyniku lub mające związek z: konfliktem zbrojnym, czynnym udziałem w wojnie domowej, rozruchami lokalnymi i/lub zagranicznymi, zamieszkami, powstaniami, tumultem i buntami.

4.2.2 Podwójne objęcie ubezpieczeniem

Nie przysługuje Państwu prawo do opieki lub refundacji kosztów opieki, jeśli była ona konieczna w wyniku chorób i/lub w następstwie nieszczęśliwych wypadków, a ubezpieczony może dochodzić refundacji za koszty tej opieki na mocy ustawowego ubezpieczenia, ubezpieczenia rządowego, jakiegokolwiek rodzaju dotacji lub też umowy innej niż niniejsza, gdyby niniejsza umowa ubezpieczeniowa nie była zawarta.

4.2.3 Wykluczenie odpowiedzialności

a. Nie ponosimy odpowiedzialności za szkody, jakich mogą Państwo doznać wskutek działań lub zaniedbań Państwa świadczeniodawcy.
b. Nasza ewentualna odpowiedzialność za szkody powstałe w wyniku własnych niedociągnięć jest ograniczona do wysokości kosztów, jakie zapłacilibyśmy w przypadku prawidłowej realizacji ubezpieczenia zdrowotnego, chyba że miałoby miejsce celowe działanie lub rażące przewinienie.

4.3 Prawo do opieki niezbędnej wskutek aktów terrorystycznych

Gdyby potrzebowali Państwo opieki zdrowotnej wskutek odniesienia szkód w wyniku aktów terrorystycznych, mogą Państwo mieć prawo do częściowej refundacji. Jednak obowiązują przy tym pewne zasady. Jeśli suma wszystkich szkód powstałych wskutek aktu terroryzmu, jakie zostały zgłoszone w roku kalendarzowym do refundacji u ubezpieczycieli zajmujących się ubezpieczeniami od szkód zdrowotnych i materialnych, na życie lub też pokrywającymi koszty pogrzebu (w tym ubezpieczycieli zdrowotnych), w odniesieniu do których obowiązuje Ustawa o nadzorze finansowym (WFT), będzie wedle przewidywań Holenderskiego towarzystwa reasekuracyjnego ds. szkód spowodowanych przez terroryzm (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V., NHT) wyższa od kwoty, na jaką dany ubezpieczyciel jest asekurowany, przysługiwać Państwu będzie prawo do refundacji określonego odsetka kosztów lub wartości otrzymanej opieki bądź też pozostałych usług. Wartość procentowa refundacji jest taka sama w przypadku wszystkich ubezpieczonych i jest ustalana przez NHT.

W wydanej przez NHT Klauzuli o odszkodowaniach za szkody spowodowane przez terroryzm (Clausuleblad terrorismedekking) podane są dokładne definicje i warunki dotyczące określonej powyżej refundacji. Istnieje możliwość, że z powodu aktu terroryzmu otrzymamy dodatkowe środki na refundację świadczeń na mocy artykułu 33 Ustawy ZVW lub artykułu 2.3 Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego. W myśl artykułu 33 Ustawy ZVW będzie Państwu wówczas przysługiwać dodatkowa refundacja za opiekę medyczną.

Do niniejszej polisy ma zastosowanie Klauzula dot. aktów terroryzmu wydana przez Holenderskie towarzystwo reasekuracyjne ds. szkód spowodowanych przez terroryzm. Treść klauzuli można znaleźć na stronie www.terrorismeverzekerd.nl.

4.4 Przetwarzanie danych osobowych

Przy składaniu wniosku, wprowadzaniu zmian lub zakończeniu umowy przekazują nam Państwo różne dane osobowe. Gromadzimy i przetwarzamy Państwa dane osobowe, aby zawrzeć i wykonać dla Państwa ubezpieczenie zdrowotne oraz ewentualne ubezpieczenie dodatkowe. Dane te zapisujemy w naszej bazie danych osobowych. Przetwarzamy Państwa dane osobowe zgodnie z przepisami prawa i regulacjami, takimi jak ogólne rozporządzenie o ochronie danych. O sposobie ich przetwarzania można przeczytać w naszym Oświadczeniu o ochronie prywatności na naszej stronie internetowej.

Do czego jeszcze są nam potrzebne Państwa dane osobowe? Używamy ich do następujących celów:
a. udostępniamy je świadczeniodawcy, aby mógł sprawdzić, czy są Państwo ubezpieczeni;
b. wykorzystujemy je do analiz statystycznych;
c. wykorzystujemy je do przeprowadzania kontroli i/lub badań wśród ubezpieczonych i świadczeniodawców w celu sprawdzenia czy dana opieka została rzeczywiście dostarczona i/lub czy jest skuteczna;
d. możemy je udostępniać osobom trzecim na potrzeby realizacji ubezpieczenia zdrowotnego, uwzględniając przy tym aktualne przepisy dotyczące ochrony danych osobowych. Mogą Państwo zastrzec, abyśmy nie przekazywali przy tym Państwa adresu, powiadamiając nas o tym na piśmie;
e. w ramach odpowiedzialnej polityki akceptacji, ryzyka oraz przeciwdziałania oszustwom prowadzimy Rejestr zdarzeń, zgodnie z „Kodeksem etycznym w zakresie przetwarzania danych osobowych przez ubezpieczycieli zdrowotnych". Ponadto zgodnie z „Protokołem powiadamiania o incydentach w służbach finansowych" prowadzimy Rejestr incydentów i w związku z tym możemy sprawdzić dane osoby ubezpieczonej i/lub zamieścić je w Zewnętrznym Rejestrze Referencyjnym, prowadzonym przez Fundację ds. Centralnego Systemu Informacyjnego (CIS) w Hadze.

4.5 Postępowanie w przypadku oszustw

W razie, gdyby Państwo lub inna osoba działająca w Państwa imieniu dopuściła się oszustwa, Państwa prawo do opieki zdrowotnej lub refundacji jej kosztów ulega przepadkowi. W takim przypadku będziemy

dochodzić od Państwa zwrotu wszystkich kosztów zrefundowanych od dnia, w którym dopuszczono się oszustwa. Obciążymy też Państwa kosztami dochodzenia w tej sprawie.

Oprócz tego z dniem, w którym dopuszczono się oszustwa, możemy rozwiązać Państwa aktualne umowy ubezpieczeniowe zawarte z Zorg en Zekerheid (ubezpieczenia zdrowotnego i/lub dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych).

W razie stwierdzenia oszustwa wpiszemy też Państwa i/lub ubezpieczonego do Zewnętrznego Rejestru Referencyjnego. Dochodzenie w sprawie popełnienia oszustwa zostanie przeprowadzone zgodnie z „Protokołem ubezpieczycieli i spraw kryminalnych". W razie stwierdzenia oszustwa lub uzasadnionych przypuszczeń co do jego popełnienia, możemy też złożyć doniesienie na policji.

4.6 Skargi i spory

4.6.1 Postępowanie w przypadku skarg

Jeżeli będą Państwo niezadowoleni z wydanej przez nas decyzji lub świadczonych przez nas usług, mogą Państwo w ciągu 8 tygodni wnieść skargę. Mogą ją Państwo łatwo złożyć poprzez wypełnienie formularza skarg zamieszczonego na naszej stronie internetowej **zorgenzekerheid.nl/klacht**. Skargę można też przesłać na piśmie do naszej Komisji ds. skarg.

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

Jeśli nadal będą Państwo niezadowoleni z naszej odpowiedzi lub nie otrzymają jej Państwo od nas w terminie 10 tygodni (w jakim staramy się odpowiadać na skargi) mogą Państwo w terminie roku przedłożyć swoją skargę lub spór do rozpatrzenia do Fundacji ds. skarg i sporów związanych z ubezpieczeniami zdrowotnymi (Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. Spór można też wnieść do rozpatrzenia do sądu cywilnego.

4.6.2 Skargi dotyczące naszych formularzy

Jeżeli uważają Państwo, że nasze formularze są zbędne lub zbyt skomplikowane, mogą Państwo złożyć w tej sprawie skargę do Holenderskiego Urzędu ds. Opieki Zdrowotnej (NZa). Wyda on wówczas orzeczenie, które zostanie uznane za wiążące. Można złożyć tę skargę pisemnie, pod adres: NZa Postbus 3017 3502 GA Utrecht.

4.7 Postanowienie końcowe

W przypadkach, które nie zostały uregulowane niniejszymi warunkami ubezpieczenia, decyzje podejmuje zarząd Zorg en Zekerheid. Sporządzono przez Radę Członków dnia 29 października 2020 r. Warunki wchodzą w życie dnia 1 stycznia 2021 r.

B Zakres ubezpieczenia

Opieka medyczna

Artykuł 5. Opieka lekarza pierwszego kontaktu

5.1 Ogólne zasady

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do:
- opieki medycznej lekarza pierwszego kontaktu lub innego lekarza/świadczeniodawcy o takich samych uprawnieniach, który pracuje pod nadzorem lekarza pierwszego kontaktu (np. praktykująca pielęgniarka);
- opieki medycznej w ramach zespołu świadczenia usług (przychodni dyżurnej lekarzy pierwszego kontaktu), w którym działa lekarz pierwszego kontaktu;
- stanowiącego integralną część leczenia badania, w tym badania laboratoryjnego, na które skierowanie wyda lekarz pierwszego kontaktu, i którego koszty nalicza lekarz pierwszego kontaktu, szpital lub laboratorium.

Jakie są warunki?
Zakres świadczonych usług opieki zdrowotnej obejmuje standardowe świadczenia oferowane przez lekarzy pierwszego kontaktu.

Co nie jest refundowane?
Ubezpieczonemu nie przysługuje refundacja za:
- szczepionkę przeciwko grypie;
- kontrolne badania lekarskie.

Pełny wykaz wraz z wyjątkami zamieszczono w Rubryce A, artykule 4.2 niniejszych warunków ubezpieczenia.

> Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

5.2 Opieka medyczna dla specjalnych grup pacjentów

Do czego mam prawo?
Mają Państwo prawo do opieki medycznej świadczonej przez lekarzy pierwszego kontaktu specjalnym grupom pacjentów (gzsp), na którą składają się formy opieki przeznaczone dla wrażliwych osób mieszkających (jeszcze) w domu, które mają (wysoce) złożone problemy zdrowotne, np. osób starszych z wielochorobowością, osób z postępującymi, degeneracyjnymi schorzeniami neurologicznymi, osób z niewrodzonymi urazami mózgu i dla osób z ograniczeniami umysłowymi. Chodzi dokładnie o następujące formy opieki:
- opiekę świadczoną przez specjalistów w zakresie medycyny geriatrycznej;
- opiekę świadczoną przez lekarzy osób niepełnosprawnych umysłowo;
- opiekę świadczoną przez behawiorystów i paramedyków.

Opieka ta jest wszechstronna i może dotyczyć zakresu problemów somatycznych, psychicznych i/lub behawioralnych; jest to więc często opieka wielodyscyplinarna. Opieka ta może obejmować leczenie indywidualne i grupowe.

Co nie jest refundowane?
Nie przysługuje Państwu refundacja, jeśli opiekę tę zalecił Państwu Ośrodek ds. ustalania wskazań dla opieki (Centrum indicatiestelling zorg, CIZ) na podstawie Ustawy o długotrwałej opiece (WLZ).

Czy potrzebuję skierowania?
Potrzebne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu. W przypadku osób z ograniczeniem umysłowym skierowanie może też wydać lekarz pediatra.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
W przypadku jednodniowej terapii szpitalnej w grupie trwającej ponad sześć miesięcy, kontynuacja takiego leczenia wymaga uzyskania pisemnej zgody Zorg en Zekerheid. Wniosek o przedłużenie leczenia musi zostać złożony na co najmniej trzy tygodnie przed planowanym sześciomiesięcznym leczeniem polegającym na jednodniowej terapii szpitalnej w grupie.

Przepisy przejściowe dotyczące Opieki medycznej dla specjalnych grup pacjentów (GZSP) na rok 2021 r. Uwaga: jeżeli mają Państwo jeszcze wskazanie od ośrodka CIZ, ale nie rozpoczęli Państwo jeszcze leczenia w ramach GZSP, w ciągu pierwszych trzech miesięcy 2021 roku wskazanie od CIZ będzie uznawane za ważne skierowanie do GZSP. Opieka ta będzie wówczas refundowana na podstawie Państwa ubezpieczenia zdrowotnego. Jeśli w ciągu pierwszych trzech miesięcy 2021 r. pacjent nie skorzysta ze wskazania od ośrodka CIZ jako skierowania na rozpoczęcie leczenia, od 1 kwietnia 2021 r. będzie potrzebował nowego skierowania od podmiotu wydającego skierowania w ramach GZSP, aby móc skorzystać z tej opieki.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 6. Specjalistyczna opieka medyczna (z wyłączeniem opieki w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień)

6.1 Ogólne zasady

W przypadku świadczeń, o których mowa w artykułach od 6 do 16 włącznie (z wyjątkiem nagłej pomocy) niezbędne jest uprzednie skierowanie wydane przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza medycyny pracy lub pediatrę, lekarza specjalistę (w tym lekarza medycyny sportowej) lub asystenta lekarza, lekarza SOR-u, specjalistę pielęgniarstwa, lekarza Publicznej Służby Zdrowia (GGD), lekarza specjalistę chorób zakaźnych, lekarza specjalistę medycyny geriatrycznej, lekarza osób niepełnosprawnych umysłowo, optometrystę i ortoptyka (którzy mogą wydać skierowanie wyłącznie do lekarza okulisty), fizyka medycznego audiologa lub – w przypadku opieki położniczej lub wad wrodzonych u noworodka – przez położną (położnego). Okres ważności skierowania wynosi 1 rok, chyba że podmiot wydający skierowanie podał inny okres ważności.

Zakres świadczonych usług opieki zdrowotnej obejmuje standardowe świadczenia oferowane przez lekarzy specjalistów. W odniesieniu do opieki stomatologicznej świadczonej przez chirurga szczękowego przysługuje zwrot kosztów z uwzględnieniem postanowień artykułu 18. W odniesieniu do opieki świadczonej przez lekarza medycyny sportowej refundacja kosztów może przysługiwać wyłącznie wtedy, gdy dotyczy medycznej specjalistycznej opieki ukierunkowanej na wyzdrowienie, zagojenie lub też zapobieganie (nasileniu się) dolegliwości. Opieka ta może obejmować:

- badania fizjologiczno-wysiłkowe i opiekę przy rehabilitacji i/lub
- diagnostykę i leczenie kontuzji aparatu postawy i ruchu powstałych wskutek ruchu i/lub przeciążenia.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

6.1.1 Formy leczenia dozwolone warunkowo

Zgodnie z artykułem 2.1 ust. 5 uchwały o ubezpieczeniu zdrowotnym (BZ) i artykułem 2.2 Rozporządzenia w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego (RZ) niektóre formy leczenia są dozwolone warunkowo do refundacji z ubezpieczenia podstawowego. Skuteczność tych form leczenia nie została jeszcze w wystarczającym stopniu wykazana, jednak mogą one być tymczasowo refundowane z ubezpieczenia podstawowego. Minister zdrowia, opieki społecznej i sportu może w ciągu roku kalendarzowego warunkowo dozwolić na refundację nowych form leczenia. Wykaz „Form leczenia dozwolonych warunkowo" można znaleźć na stronie www.zorginstituutnederland.nl**.**

6.2 Hospitalizacja (pobyt w szpitalu)

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do:

- przyjęcia do najniższej klasy szpitala udzielającego specjalistycznej opieki medycznej na nieprzerwany okres maksymalnie 1095 dni. Przerwy wynoszącej najwyżej trzydzieści dni nie traktuje się jako przerwy w hospitalizacji. Dni te nie wliczają się również do łącznych 1095 dni. Jednak przerwy w hospitalizacji w związku z przypadającym weekendem i/lub urlopem wypoczynkowym są wliczane do 1095 dni;
- specjalistycznych zabiegów medycznych oraz pobytu w szpitalu, również w połączeniu z opieką pielęgniarską;
- stanowiącej część leczenia opieki paramedycznej, leków (z wyjątkiem leków wykluczonych na mocy artykułu 2.1 Rozporządzenia w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego), środków pomocniczych i środków opatrunkowych przez cały czas pobytu w szpitalu.

Jakie są warunki?

- Opieka musi być zgodna z opieką oferowaną przez lekarzy specjalistów;
- hospitalizacja musi odbywać się ze wskazań medycznych w związku ze specjalistyczną opieką medyczną;
- w chwili, kiedy nie istnieją już podstawy do specjalistycznej opieki medycznej połączonej z pobytem w centrum specjalistycznej opieki medycznej, należy to natychmiast zgłosić do Zorg en Zekerheid.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Na leczenie z zakresu złożonej rehabilitacji pulmonologicznej wymagana jest uprzednia pisemna zgoda Zorg en Zekerheid.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Może się wówczas zdarzyć, że będą Państwo musieli samodzielnie pokryć część kosztów. Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

6.3 Pozakliniczna specjalistyczna opieka medyczna

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do:
- leczenia specjalistycznego przeprowadzonego w lub przez centrum specjalistycznej opieki medycznej;
- leczenia specjalistycznego świadczonego przez pozaszpitalnych lekarzy specjalistów;
- powiązanej z leczeniem opieki medycznej w ciągu dnia, jak również stanowiących część leczenia leków, środków pomocniczych i środków opatrunkowych.

Jakie są warunki?
Opieka musi być zgodna z opieką oferowaną przez lekarzy specjalistów.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
W zakresie kosztów świadczeń stomatologicznych wymagana jest uprzednia pisemna zgoda Zorg en Zekerheid, gdy opieka dotyczy zabiegów paradontalnych, ekstrakcji zęba pod narkozą, osteotomii lub umieszczenia implantu.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

6.4 Leczenie w zakresie chirurgii plastycznej

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do:
niezbędnego leczenia w zakresie chirurgii plastycznej, z uwzględnieniem zapisów w wyżej wymienionych ustępach, w celu korekcji:
- zniekształceń fizycznych powiązanych z udowodnionymi zaburzeniami funkcji organizmu;
- zniekształceń ciała powstałych na skutek choroby, wypadku lub zabiegu medycznego;
- paraliżu lub osłabienia mięśni górnych powiek, jeśli dolegliwość ta skutkuje poważnym ograniczeniem widzenia, lub też występuje wskutek wady wrodzonej lub istniejącej od urodzenia choroby przewlekłej;
- następujących wad wrodzonych: rozszczepu wargi, szczęki i podniebienia, deformacji kości twarzy, guzów niezłośliwych naczyń krwionośnych, limfatycznych lub tkanki łącznej, znamion bądź też zniekształceń organów układu moczowego i płciowego;
- nadrzędnych charakterystycznych cech płciowych przy stwierdzonej transseksualności;
- elektrycznej epilacji dla osoby transseksualnej w zakresie opisanym w artykule 17.5 poniżej.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
W przypadku niektórych zabiegów potrzebne jest uzyskanie uprzedniej pisemnej zgody Zorg en Zekerheid. Zabiegi te zostały wymienione na liście produktów opieki zdrowotnej DBC, w przypadku których konieczne jest uzyskanie takiej zgody. Listę tę można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl**. Przy udzielaniu zgody mogą zostać postawione dodatkowe warunki medyczne.

Co nie jest refundowane?
- Liposukcja brzucha;
- operacyjne wszczepienie lub wymiana protez piersiowych w sytuacji innej niż po częściowej lub całkowitej amputacji piersi, bądź też w przypadku agenezji/aplazji piersi u kobiety i porównywalnej sytuacji u osoby ze stwierdzoną transseksualnością;
- operacyjne usunięcie implantu piersi bez wskazań medycznych;
- abdominoplastyka, z wyjątkiem okaleczenia, które ze względu na powagę można porównać do poparzeń trzeciego stopnia, nieuleczalnego wyprzenia w fałdach skórnych lub poważnego ograniczenia w swobodzie ruchów.

Podstawowe ubezpieczenie nie obejmuje niektórych specjalistycznych zabiegów medycznych. W odniesieniu do niektórych zabiegów Zorg en Zekerheid zapewnia refundację w ramach kilku oferowanych ubezpieczeń dodatkowych. W celu uzyskania dokładniejszych informacji należy wejść na stronę **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden** i zapoznać się z warunkami polisy ubezpieczeń dodatkowych w zakresie Specjalistycznej opieki medycznej.

Ponadto Zorg en Zekerheid zawarło z niektórymi ośrodkami specjalistycznymi umowy dotyczące zniżek dla osób z dodatkowym ubezpieczeniem. Więcej informacji można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl**.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

6.5 Podstawowe badania diagnostyczne

Podstawowe badania diagnostyczne składają się z testów laboratoryjnych (m.in. badania krwi i moczu), diagnostyki obrazowej (m.in. badania rentgenowskiego) i badań czynnościowych (m.in. EKG). Wykonanie badań tego typu zleca lekarz opieki podstawowej, do którego następnie trafiają ich wyniki.

Do czego mam prawo?
Ubezpieczonemu przysługują podstawowe badania diagnostyczne, gdy są one wykonywane przez:
- gabinet lekarza pierwszego kontaktu;
- ośrodek podstawowych badań diagnostycznych (EDC);
- szpital bądź samodzielny zakład opieki zdrowotnej (ZBC);
- położną/położnego (dokładne warunki określono w artykule 7).

Jakie są warunki?
O wykonanie wszelkich podstawowych badań diagnostycznych musi się zwrócić lekarz pierwszego kontaktu, lekarz specjalista medycyny geriatrycznej lub lekarz osób niepełnosprawnych umysłowo.

Dodatkowo może je również zlecić:
- położna/położny na potrzeby badania prenatalnego (zob. również artykuł 7);
- lekarz zakładowy na potrzeby diagnostyki związanej z chorobami zawodowymi;
- lekarz Publicznej Służby Zdrowia (GGD) na potrzeby indywidualnej opieki przy gruźlicy i innych chorobach zakaźnych.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 7. Opieka położnicza i opieka poporodowa

7.1 Badania prenatalne

Badania prenatalne podlegają Ustawie o badaniach dla ludności (WBO). W odniesieniu do wymienionych poniżej specyficznych części składowych badania prenatalnego obowiązuje zasada, że świadczeniodawca przeprowadzający badanie musi mieć podpisaną umowę z jednym z Regionalnych Centrów Badań Prenatalnych. Centra te posiadają pozwolenie na badania w ramach WBO i definiują wymogi jakościowe, które musi spełniać świadczeniodawca przeprowadzający badanie.

Do czego mam prawo?
Kobiety objęte ubezpieczeniem mają prawo do badania prenatalnego. W skład tego badania wchodzą następujące elementy:
- konsultacje z położną/położnym, lekarzem położnikiem lub specjalistą, który prowadzi ciążę ubezpieczonej. Dotyczy to: uzyskania informacji umożliwiającej dokonanie świadomego wyboru poddania lub niepoddania się badaniu prenatalnemu;
- badanie echoskopowe (SEO), określane również jako „badanie w 20 tygodniu ciąży”;
- test podwójny lub nieinwazyjny test prenatalny (NIPT) wyłącznie w przypadkach, gdy istnieją ku temu wskazania medyczne;
- Wszystkie ubezpieczone kobiety w ciąży, u których wykonano test podwójny (składający się z pomiaru przezierności karkowej płodu i badania krwi) lub test NIPT w Holandii bądź innym kraju, zakończony wynikiem „pozytywnym”, mają wskazanie do dalszych badań, takich jak diagnostyka inwazyjna.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

7.2 Poród i opieka położnicza

Kobieta objęta ubezpieczeniem oraz jej dziecko mają prawo do medycznej opieki oferowanej przez personel położniczy. Dotyczy to zarówno opieki świadczonej przed porodem, jak i w jego trakcie oraz po jego zakończeniu. W przypadku porodu rozróżnia się następujące sytuacje:

Poród i/lub opieka poporodowa w szpitalu spowodowana koniecznością natury medycznej

Do czego mam prawo?

Ubezpieczona ma prawo do:

- specjalistycznej opieki medycznej (położniczej), jak określono w artykule 6, niekoniecznie w połączeniu z leczeniem i opieką pielęgniarską oraz pobytem w szpitalu. Dotyczy to zarówno matki, jak i jej dziecka (począwszy od dnia porodu);
- pobytu przy matce zdrowego noworodka ze względu na karmienie piersią w okresie, za jaki Zorg en Zekerheid ma obowiązek refundacji świadczeń z tytułu pobytu i leczenia matki.

Jakie są warunki?

Muszą istnieć wskazania natury medycznej do porodu i/lub pobytu w szpitalu zgodnie z opinią położnej (położnego), lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty.

Czy potrzebuję skierowania?

Potrzebne jest szczegółowe skierowanie wydane przez położną (położnego) lub lekarza pierwszego kontaktu.

Co jeszcze należy wiedzieć?

Gdy matka opuszcza szpital razem z dzieckiem przed upływem okresu połogu (okresem 10 dni, licząc od dnia porodu), wówczas zgodnie z postanowieniami artykułu 7.3 matce przysługuje prawo do opieki poporodowej przez pozostałe dni.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Poród i/lub opieka poporodowa w szpitalu lub centrum położniczym niespowodowana koniecznością natury medycznej

Do czego mam prawo?

Ubezpieczona ma prawo do (począwszy od dnia porodu):

- opieki położniczej (włącznie z opieką przed i po porodzie) świadczonej przez położną (położnego) lub lekarza pierwszego kontaktu działającego jako położnik;
- skorzystania z sali porodowej w szpitalu lub centrum położniczym na czas porodu, włącznie z opieką przy porodzie domowym zapewnioną przez szpital lub centrum położnicze.

Czy muszę zapłacić udział własny?

W przypadku porodu i/lub połogu w szpitalu lub centrum położniczym niespowodowanego koniecznością natury medycznej, obowiązuje udział własny zarówno dla matki, jak i dziecka w wysokości 37,00 € za dzień pobytu w szpitalu (18,50 € matka i 18,50 € dziecko). Udział własny zostanie zwiększony o kwotę, która przewyższa dzienną stawkę szpitala w wysokości 262,00 € (131,00 € matka i 131,00 € dziecko). Liczbę dni pobytu w szpitalu lub centrum położniczym ustala się na podstawie specyfikacji sporządzanych przez te instytucje lub też przez poradnię położniczą, która ewentualnie udziela dodatkowej opieki w połogu po wyjściu kobiety ze szpitala lub centrum położniczego. Jeżeli jednak podczas porodu pojawią się względy natury medycznej, czyli w czasie porodu nastąpi przekazanie rodzącej pod opiekę lekarza ginekologa, udział własny nie będzie miał zastosowania.

Większość naszych ubezpieczeń dodatkowych obejmuje refundację tego udziału własnego. Więcej informacji można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker** lub w warunkach polisy dodatkowych ubezpieczeń w zakresie opieki okołoporodowej.

Co jeszcze należy wiedzieć?

Gdy matka opuszcza szpital lub centrum położnicze razem z dzieckiem przed upływem okresu połogu (10 dni licząc od dnia porodu), przysługuje jej wówczas prawo do opieki poporodowej przez pozostałe dni.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Poród i/lub opieka poporodowa w domu

Do czego mam prawo?

Ubezpieczona ma prawo do opieki położniczej (włącznie z opieką przed i po porodzie), za którą rachunek wystawia położna/położny lub lekarz pierwszego kontaktu działający jako położnik.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

7.3 Opieka poporodowa

Do czego mam prawo?
Ubezpieczona i jej dziecko mają prawo do opieki poporodowej, oferowanej przez dyplomowanego specjalistę ds. opieki poporodowej lub personel pielęgniarski ze specjalizacją położniczo-ginekologiczną. Opieka w połogu polega na zarejestrowaniu i przyjęciu przez centrum położnicze, opiece przy porodzie domowym oraz opiece w połogu zgodnie z Krajowym protokołem ds. opieki poporodowej.

Zakres opieki poporodowej jest zależny od indywidualnej sytuacji kobiety po porodzie. W oparciu o Krajowy protokół ds. opieki poporodowej położna (położny) lub ginekolog ustala wraz z pacjentką liczbę godzin opieki poporodowej, jaka jest potrzebna pacjentce.

Jakie są warunki?
- Należy najpóźniej przed upływem 20. tygodnia ciąży zgłosić chęć uzyskania opieki w połogu za pośrednictwem strony **zorgenzekerheid.nl/aanvragenkraamzorg** lub dzwoniąc pod numer infolinii położniczej Zorg en Zekerheid („Zorg en Zekerheid Kraamlijn”: (071) 5 825 555);
- w przypadku pobytu w szpitalu: jeśli matka i dziecko razem opuszczają szpital przed upływem okresu połogu (10 dni licząc od dnia porodu), wówczas matce przysługuje prawo do opieki w połogu przez pozostałe dni zgodnie z Krajowym protokołem ds. opieki poporodowej. Dnia wyjścia ze szpitala nie wlicza się do dni pobytu;
- opieka w połogu będzie udzielana na odpowiedzialność centrum położniczego wskazanego przez Zorg en Zekerheid Kraamlijn;
- opieki w połogu musi udzielać wykwalifikowany personel położniczy pracujący dla danego centrum położniczego.

Większość ubezpieczeń dodatkowych Zorg en Zekerheid oferuje zwrot kosztów dodatkowej opieki poporodowej. Więcej informacji o refundacjach można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker** lub w warunkach polisy dodatkowych ubezpieczeń w zakresie opieki okołoporodowej.

Czy muszę zapłacić udział własny?
W przypadku kosztów opieki w połogu obowiązuje udział własny w wysokości 4,60 € za godzinę.

Większość naszych ubezpieczeń dodatkowych obejmuje refundację tego udziału własnego. Więcej informacji można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker** lub w warunkach polisy dodatkowych ubezpieczeń w zakresie opieki okołoporodowej.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 8. Rehabilitacja

8.1. Rehabilitacja

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do refundacji kosztów rehabilitacji w sytuacjach klinicznych (pobyt w szpitalu) i pozaklinicznych (opieka częściowa lub opieka szpitalna jednodniowa).

Jakie są warunki?
- Wskazane leczenie musi być najbardziej skuteczne dla ubezpieczonego w celu zapobieżenia, zmniejszenia lub przezwyciężenia niepełnosprawności, która powstała wskutek zaburzeń lub ograniczeń układu mięśniowo-szkieletowego bądź niepełnosprawności powstałej wskutek schorzenia centralnego układu nerwowego prowadzącego do ograniczeń w komunikowaniu się, funkcjach poznawczych i zachowaniu;
- leczenie powinno pomóc ubezpieczonemu osiągnąć lub utrzymać taki stopień samodzielności, który jest możliwy zważywszy na ograniczenia ubezpieczonego;
- w przypadku powołania się na świadczenia z zakresu rehabilitacji klinicznej musi istnieć oczekiwanie, że w ciągu krótkiego okresu osiągnięte zostaną lepsze rezultaty niż w przypadku rehabilitacji pozaszpitalnej.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Abyśmy mogli ocenić, czy przysługuje Państwu prawo do refundacji kosztów takiej opieki, muszą Państwo wcześniej złożyć u nas wniosek o zgodę na piśmie, zanim udadzą się Państwo na rehabilitację do niezakontraktowanej instytucji.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

8.2 Rehabilitacja geriatryczna

Do czego mam prawo?

Ubezpieczonemu przysługuje prawo do rehabilitacji geriatrycznej, rozpoczętej:

- podczas pobytu w szpitalu, po którym ewentualnie ma miejsce opieka częściowa lub opieka szpitalna jednodniowa w warunkach domowych (ambulatoryjna rehabilitacja geriatryczna). Opieka ta musi być świadczona tuż po pobycie w szpitalu (lub maksymalnie w ciągu tygodnia po wypisaniu ze szpitala w przypadku stwierdzonego wskazania do objęcia opieką rehabilitacyjną) i początkowo w połączeniu z pobytem w szpitalu związanym z opieką medyczną świadczoną przez lekarzy specjalistów, czyli tak zwaną hospitalizacją;
  lub
- w domu, w przypadku poważnych zaburzeń w poruszaniu się lub zmniejszonej samodzielności, co stwierdza się po przeprowadzeniu oceny geriatrycznej.

Jakie są warunki?

- Świadczenie powinno obejmować całościową i wielodyscyplinarną opiekę rehabilitacyjną oferowaną przez specjalistów w zakresie medycyny geriatrycznej w związku z wrażliwością, złożoną wielochorobowością oraz zmniejszoną zdolnością do nauki i przeszkolenia;
- rehabilitacja geriatryczna powinna być ukierunkowana na zmniejszenie ograniczeń funkcjonalnych ubezpieczonego w stopniu umożliwiającym powrót do funkcjonowania w domu;
- wskazanie do rehabilitacji geriatrycznej występuje, jeśli zostanie to stwierdzone przez lekarza internistę o specjalizacji geriatrycznej, geriatrę szpitalnego lub lekarza specjalistę medycyny geriatrycznej po otrzymaniu (pisemnego) skierowania od lekarza specjalisty ze szpitala;
- jeśli pacjent trafia na rehabilitację geriatryczną (GRZ) z domu lub z placówki opieki poszpitalnej (Eerstelijns verblijf, ELV) bez wcześniejszego leczenia w ramach specjalistycznej opieki medycznej, w niektórych przypadkach lekarz specjalista medycyny geriatrycznej może przeprowadzić ocenę geriatryczną. Warunkiem uzyskania wskazania do uzyskania rehabilitacji geriatrycznej jest wówczas stwierdzenie stabilnego stanu zdrowotnego pacjenta. Jeśli pacjent cierpi na ostrą postać dolegliwości, lekarz specjalista medycyny geriatrycznej zawsze skontaktuje się z jego lekarzem specjalistą prowadzącym leczenie lub w razie wątpliwości skonsultuje się z lekarzem specjalistą w celu ustalenia stabilnego stanu zdrowotnego pacjenta;
- refundacja rehabilitacji geriatrycznej nie przysługuje ubezpieczonym, którzy przed hospitalizacją przebywali w placówce WLZ, gdzie byli leczeni na podstawie Ustawy WLZ;
- całkowity czas trwania leczenia wynosi maksymalnie 6 miesięcy. W szczególnych przypadkach Zorg en Zekerheid może wydać zgodę na wydłużenie tego okresu.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?

W przypadku leczenia ze wskazania, które (według oczekiwań) będzie trwać dłużej niż 120 dni, przed kontynuacją tego leczenia od 121. dnia należy uprzednio (a najpóźniej na 4 tygodnie przed upływem wspomnianych 120 dni) uzyskać na to pisemną zgodę Zorg en Zekerheid.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 9. Transplantacje organów

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do:

- transplantacji tkanek i organów pod warunkiem, że jest ona przeprowadzana w kraju UE bądź EOG lub w innym kraju, gdy dawca mieszka w tym kraju i jest współmałżonkiem, partnerem w zarejestrowanym związku partnerskim lub krewnym ubezpieczonego w pierwszej, drugiej lub trzeciej linii;
- specjalistycznej opieki medycznej w związku z doborem dawcy oraz w związku z operacyjnym pobraniem materiału do przeszczepu u wybranego dawcy;
- badania, przechowania, pobrania oraz transportu materiału do przeszczepu od osoby zmarłej w związku z zamierzoną transplantacją;
- opieki medycznej zgodnie z niniejszą polisą dla dawcy przez okres do trzynastu tygodni lub pół roku w przypadku przeszczepu wątroby od dnia wyjścia ze szpitala, w którym przyjęto dawcę w celu doboru lub pobrania materiału do przeszczepu. Opieka ta musi wiązać się z transplantacją organu objętą niniejszym ubezpieczeniem;
- transportu na terenie Holandii w najniższej klasie środków transportu publicznego lub, jeśli będzie to konieczne ze względu wskazań natury medycznej, transportu samochodem w celu doboru, przyjęcia i wypisania ze szpitala oraz w związku z opieką, o której mowa w punkcie powyżej. Jeśli dawca posiada ubezpieczenie zdrowotne, koszty tego transportu zostaną pokryte z jego ubezpieczenia;
- transportu z i do Holandii dawcy mieszkającego za granicą w związku z przeszczepem nerki, szpiku kostnego lub wątroby w przypadku ubezpieczonego w Holandii, jak również do refundacji pozostałych kosztów

związanych z przeszczepem, o ile wiążą się one z faktem zamieszkiwania dawcy za granicą. Jeśli dawca ma ubezpieczenie zdrowotne, koszty tego transportu zostaną pokryte z jego ubezpieczenia.

Jakie koszty nie są refundowane?
Nie są refundowane koszty pobytu w Holandii dawcy zamieszkałego za granicą, jak również koszty z tytułu ewentualnej utraty dochodu przez dawcę.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 10. Dializa

Do czego mam prawo?
W przypadku dializy pozaklinicznej w formie hemodializy lub dializy otrzewnowej, jak również związanej z tym specjalistycznej opieki medycznej w centrum dializ refundowane są koszty:
- związanych z dializą badań, leczenia, opieki pielęgniarskiej i farmaceutycznej;
- opieki psychologiczno-socjalnej w centrum dializ i opieki osób, które pomagają przy przeprowadzaniu dializy poza centrum dializ.

W przypadku dializy domowej, oprócz wyżej wymienionych świadczeń ubezpieczony ma prawo do:
- zmian, które z uzasadnionych przyczyn mają być przeprowadzone w mieszkaniu oraz przywrócenia do poprzedniego stanu, o ile nie ma to już miejsca na podstawie innych przepisów prawnych;
- refundacji pozostałych uzasadnionych wydatków, bezpośrednio związanych z dializą domową, o ile nie ma to już miejsca na podstawie innych przepisów prawnych.

W przypadku dializy domowej, oprócz wyżej wymienionych świadczeń ubezpieczony ma również prawo do (opłacanych w ramach specjalistycznej opieki medycznej łączonego systemu diagnostyczno-leczniczego DBC):
- przeprowadzanych przez centrum dializ szkoleń osób, które przeprowadzają dializę lub przy niej asystują;
- zwrotu kosztów otrzymania do użytkowania aparatu do dializy oraz obowiązkowej regularnej kontroli i konserwacji aparatu (w tym wymiany), jak również środków chemicznych i płynów niezbędnych do przeprowadzenia dializy;
- niezbędnego fachowego wsparcia centrum dializ przy przeprowadzaniu dializy;
- pozostałych artykułów, które z uzasadnionych przyczyn są niezbędne przy dializie domowej.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Aby otrzymać refundację pozamedycznych kosztów dializy domowej potrzebna jest uprzednia pisemna zgoda Zorg en Zekerheid, w której dokładniej określone zostaną warunki (administracyjne).

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 11. Mechaniczne podtrzymywanie oddychania

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do opieki polegającej na niezbędnym mechanicznym podtrzymywaniu oddychania oraz związanej z tym specjalistycznej opieki medycznej i świadczeń farmaceutycznych, hospitalizacji, opieki pielęgniarskiej, a także opieki w uznanym centrum podtrzymywania oddychania.

W przypadku mechanicznego podtrzymywania oddychania w domu ubezpieczony ma prawo do:
- udostępnienia gotowej do użytku niezbędnej aparatury przez centrum podtrzymywania oddychania na potrzeby każdego leczenia ubezpieczonego;
- specjalistycznej opieki medycznej i świadczeń farmaceutycznych udzielanych przez centrum podtrzymywania oddychania w związku z mechanicznym podtrzymywaniem oddychania;
- zwrotu kosztów energii elektrycznej w przypadku korzystania z aparatury tlenowej.

Jakie są warunki?
Podtrzymywanie oddychania w domu ubezpieczonego winno się odbywać na odpowiedzialność centrum podtrzymywania oddychania.

Co nie jest refundowane?
Opieka pielęgniarska niezbędna w związku ze sztucznym podtrzymywaniem oddechu w domu w myśl tego artykułu.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 12. Choroby nowotworowe u dzieci

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do refundacji kosztów centralnej diagnostyki (referencyjnej), koordynacji i rejestracji dostarczonych próbek krwi i biopsji szpiku kostnego, deklarowanej do zwrotu przez Holenderskie Stowarzyszenie Onkologii Dziecięcej (SKioN).

Czy potrzebuję skierowania?
Potrzebne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty.

Artykuł 13. Opieka medyczna dla pacjentów cierpiących na zakrzepicę

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do refundacji następujących świadczeń ośrodka opieki nad cierpiącymi na zakrzepicę (tzw. trombosedienst):
- regularnego pobierania próbek krwi;
- niezbędnych badań laboratoryjnych przeprowadzanych na odpowiedzialność ośrodka ds. opieki nad pacjentami cierpiącymi na zakrzepicę niezbędnych w celu określenia czasu krzepnięcia krwi;
- udostępnienia aparatury oraz wszystkich niezbędnych innych przedmiotów, za pomocą których dokonuje się pomiaru czasu krzepnięcia krwi;
- przeszkolenia w zakresie posługiwania się urządzeniem, o którym mowa w powyższym odnośniku; oraz nauki przeprowadzania pomiarów;
- porad w zakresie stosowania leków regulujących krzepliwość krwi.

Czy potrzebuję skierowania?
Konieczne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 14. Poradnictwo genetyczne

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do:
- centralnej diagnostyki (referencyjnej), koordynacji i rejestracji dostarczonych próbek krwi i biopsji szpiku kostnego, deklarowanej do refundacji przez centrum badań genetycznych. Opieka obejmuje badanie wad genetycznych na podstawie drzewa genealogicznego, badanie chromosomów, diagnostykę biochemiczną, badanie ultrasonograficzne oraz badanie DNA;
- porad w zakresie genetyki oraz związanego z tym leczenia psychologiczno-społecznego;
- porad i badań innych osób, gdy zajdzie taka konieczność w związku z poradnictwem na rzecz ubezpieczonego.

Jakie są warunki?
Świadczenie powinno być udzielone w centrum badań genetycznych, posiadającym pozwolenie na przeprowadzanie klinicznego badania genetycznego i poradnictwa genetycznego na podstawie Ustawy o szczególnych świadczeniach medycznych (WBMV).

Czy potrzebuję skierowania?
Konieczne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 15. Opieka audiologiczna

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do opieki świadczonej przez centrum audiologiczne, na którą składają się:
- badanie funkcji słuchowych;
- doradztwo w zakresie zakupu aparatu słuchowego;

- informacja dotycząca korzystania z tego aparatu;
- opieka psychologiczno-społeczna, gdy jest konieczna w związku z zaburzeniami funkcji słyszenia;
- pomoc przy stawianiu diagnozy przy zaburzeniach mowy i zaburzeniach przyswajania języka u dzieci.

Czy potrzebuję skierowania?
Konieczne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu, lekarza medycyny pracy, lekarza pediatry lub laryngologa.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 16. Opieka związana ze stymulacją zapłodnienia

16.1 Metoda in vitro

Do czego mam prawo?
Przysługuje Państwu prawo do pierwszych trzech prób zapłodnienia in vitro, celem doprowadzenia do jednej ciąży u jednej poddawanej zabiegowi ubezpieczonej (włącznie z lekami i przechowywaniem w związku z tym zapłodnionych komórek jajowych).

Jakie są warunki?
- Niezbędne są wskazania medyczne;
- przy rozpoczęciu pierwszej próby zapłodnienia wiek ubezpieczonej nie może przekraczać 43 lat;
- ubezpieczona w wieku 43 lat lub ponad 43 lat, u której rozpoczęto próbę zapłodnienia in vitro przed ukończeniem przez nią 43. roku życia, ma prawo do doprowadzenia tej próby do końca;
- u ubezpieczonej w wieku do 38. lat przy pierwszej i drugiej próbie umieszczona będzie tylko jedna zapłodniona komórka jajowa;
- u ubezpieczonej pomiędzy 38. a 42. rokiem życia mogą zostać umieszczone dwie zapłodnione komórki jajowe, gdy jest to wskazane ze względów medycznych;
- zabieg powinien odbyć się w centrum zapłodnień in vitro, posiadającym pozwolenie na wykonywanie zabiegów in vitro na podstawie Ustawy o szczególnych świadczeniach medycznych (WBMV);
- przechowywanie zapłodnionych komórek jajowych zostanie zrefundowane, jeśli ubezpieczona indywidualnie ma prawo do refundacji leczenia metodą in-vitro lub procedurą ICSI na podstawie jej ubezpieczenia zdrowotnego.

Czy potrzebuję skierowania?
Niezbędne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu.

Co nie jest refundowane?
Ubezpieczonej nie przysługuje refundacja kosztów czwartej i kolejnych prób zapłodnienia in vitro celem doprowadzenia do jednej ciąży, po zakończeniu trzech prób od momentu udanej punkcji jajnika do momentu, gdy można mówić o nieprzerwanej ciąży trwającej dziesięć tygodni, licząc od momentu punkcji jajnika, i jeśli wprowadzenie zarodków poddanych krioprezerwacji nie doprowadziło do nieprzerwanej ciąży trwającej dziewięć tygodni i trzy dni, licząc od dnia implantacji.

Co jeszcze należy wiedzieć?
- Jeśli podczas próby zapłodnienia in vitro powstanie więcej przydatnych zarodków, wówczas mogą one zostać zamrożone i ponownie wprowadzone w późniejszym okresie. Takie ponowne wprowadzenie stanowi część próby zapłodnienia in vitro, w wyniku której powstały;
- pod pojęciem ciąży w wyniku zapłodnienia in vitro rozumie się:
  a. nieprzerwaną ciążę trwającą przynajmniej dwanaście tygodni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki przy ciąży spontanicznej (fizjologicznej);
  b. nieprzerwaną ciążę trwającą przynajmniej dziesięć tygodni od momentu punkcji jajnika przy zapłodnieniu in vitro (w przypadku zamrożonych zarodków, jako moment początkowy nie obowiązuje punkcja, lecz czas implantacji, a o nieprzerwanie trwającej ciąży można mówić, gdy trwa ona co najmniej dziewięć tygodni i trzy dni).

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

16.2 Inna opieka związana ze stymulacją zapłodnienia

Do czego mam prawo?
Przysługuje Państwu również prawo do opieki związanej ze stymulacją zapłodnienia niebędącej próbami zapłodnienia in vitro.

Jakie są warunki?
- Niezbędne są wskazania medyczne;
- wiek ubezpieczonej nie może przekraczać 43. lat.

Czy potrzebuję skierowania?
Niezbędne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 17. Opieka paramedyczna

17.1 Fizjoterapia i terapia ćwiczeniowa

Do czego mam prawo?
Ubezpieczonemu przysługuje refundacja kosztów fizjoterapii lub terapii ćwiczeniowej oferowanej przez fizjoterapeutów i terapeutów ćwiczeniowych, o ile opieka ta jest niezbędna ze względów (para)medycznych.

W przypadku ubezpieczonych poniżej 18. roku życia

Ubezpieczonemu przysługuje refundacja wyłącznie za:
- leczenie schorzenia wpisanego na listę ujętą w Załączniku 1. Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. listę schorzeń przewlekłych), od pierwszego zabiegu. Należy pamiętać, że w długość leczenia niektórych schorzeń przewlekłych jest ograniczona, zgodnie z okresami podanymi w tej liście;
- maksymalnie 9 zabiegów na jedno wskazanie raz w roku kalendarzowym w przypadku dolegliwości, których nie wpisano na listę ujętą w Załączniku 1. Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. listę schorzeń przewlekłych). W przypadku niezadowalających rezultatów tego leczenia, ubezpieczony ma prawo do maksymalnie 9 dodatkowych zabiegów na jedno wskazanie raz w roku kalendarzowym.

Uwaga! W chwili ukończenia 18. roku życia obowiązywać będzie refundacja dla osób powyżej 18. lat i leczenie schorzenia wpisanego na listę ujętą w Załączniku 1. Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. listę schorzeń przewlekłych) będzie ponownie refundowane dopiero od 21. zabiegu po 18. urodzinach ubezpieczonego.

W przypadku ubezpieczonych powyżej 18. roku życia

Ubezpieczonemu przysługuje refundacja wyłącznie za opiekę przy następujących schorzeniach/w następujących przypadkach:
- jeśli jego dolegliwość znajduje się na liście schorzeń przewlekłych:
  leczenie schorzenia wpisanego na listę ujętą w Załączniku 1. Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. listę schorzeń przewlekłych), od 21. zabiegu. Należy pamiętać, że w długość leczenia niektórych schorzeń przewlekłych jest ograniczona, zgodnie z okresami podanymi w tej liście;
- fizjoterapię układu moczowo-płciowego w przypadku nietrzymania moczu:
  pierwsze 9 zabiegów fizjoterapii układu moczowo-płciowego w przypadku nietrzymania moczu, w ramach strategii „stepped care”;
- leczenie chromania przestankowego:
  maksymalnie do 37 sesji kontrolowanej terapii ćwiczeniowej przez okres do 12 miesięcy w przypadku chorób tętnic obwodowych w stopniu II niedokrwienia wg klasyfikacji Fontaine'a (chromanie przestankowe/claudicatio intermittens);
- leczenie artrozy:
  refundację za maksymalnie 12 zabiegów kontrolowanej terapii ćwiczeniowej w przypadku artrozy stawu biodrowego lub kolanowego przez okres do 12 następujących po sobie miesięcy;
- leczenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP): refundację za zabiegi kontrolowanej terapii ćwiczeniowej w zakresie leczenia POChP, jeśli u ubezpieczonego występuje stadium II (umiarkowana POChP) lub wyższe według Spirometrycznej Klasyfikacji ciężkości POChP wg inicjatywy GOLD. Obowiązuje przy tym następująca liczba zabiegów:

Kategoria powagi objawów i ryzyko ich nasilenia	Pierwsze 12 miesięcy	Po 12 miesiącach dla każdego okresu 12 miesięcy
A	5	0
B1	27	3
B2	70	52
C lub D	70	52

Załącznik 1. Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego
Niektóre dolegliwości są wpisane na listę ujętą w Załączniku 1. Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego, zwaną też „listą schorzeń przewlekłych". Dolegliwości znajdujące się na tej liście to m.in. niektóre dolegliwości układu nerwowego lub mięśniowo-szkieletowego, niektóre dolegliwości układu oddechowego i naczyniowego, odma limfatyczna, nowotwory tkanek miękkich i tkanki bliznowe skóry. Państwa fizjoterapeuta będzie wiedział, czy Państwa schorzenie jest wpisane na tę listę. Listę tę można też znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden** lub uzyskać ją od nas.

Procedury i materiały
W niektórych przypadkach terapeuci wykonują procedury, takie jak fale uderzeniowe, suche igłowanie, czy echografię. Stanowią one element zwykłego leczenia i fizjoterapeuta i/lub terapeuta ćwiczeniowy nie może obciążyć za nie ubezpieczonego osobno.

Koszty za wykorzystane podczas leczenia materiały, takie jak (pomocnicze) środki opatrunkowe, stanowią element zwykłego leczenia i fizjoterapeuta lub terapeuta ćwiczeniowy nie może ich naliczyć ubezpieczonemu osobno;

Dodatkowa refundacja przysługująca z ubezpieczenia dodatkowego
Jeśli Państwa pierwsze 20 zabiegów fizjoterapeutycznych lub terapii ćwiczeniowej nie podlega refundacji, mogą Państwo otrzymać za nie (częściową) refundację po zawarciu jednego z naszych ubezpieczeń dodatkowych. Więcej informacji można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/zorgverzekeringen**.

Jakie są warunki?

a. Opieka może być świadczona przez następujących świadczeniodawców:

	Fizjoterapia	Specjalistyczna fizjoterapia, z wyjątkiem terapii obrzękowej i leczenia tkanek bliznowatych	Terapia obrzękowa i leczenie tkanek bliznowatych	Terapia ćwiczeniowa	Specjalistyczna terapia ćwiczeniowa
Fizjoterapeuta	Tak	Nie	Nie	Nie	Nie
Fizjoterapeuta ze specjalizacją	Tak	Tak	Nie	Nie	Nie
Terapeuta ćwiczeniowy	Nie	Nie	Nie	Tak	Nie
Terapeuta ćwiczeniowy ze specjalizacją	Nie	Nie	Nie	Tak	Tak
Terapeuta obrzękowy lub terapeuta chorób skóry	Nie	Nie	Tak	Nie	Nie

- fizjoterapeuta (ze specjalizacją) musi być wpisany w związku ze swoją odmianą specjalizacji do Holenderskiego Rejestru Jakościowego Fizjoterapii lub do rejestru Stowarzyszenia Certyfikowanych Fizjoterapeutów (Keurmerk Fysiotherapie);
- terapeuta ćwiczeniowy (ze specjalizacją) musi być wpisany w związku ze swoją odmianą specjalizacji do Rejestru Jakościowego Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici, KP) (ze statusem: zarejestrowany w rejestrze jakościowym);
- jeśli ubezpieczonemu przysługuje kontrolowana terapia ćwiczeniowa (trening marszowy) w związku z chorobą tętnic obwodowych w stopniu II niedokrwienia (chromaniem przestankowym), prowadzący je fizjoterapeuta lub terapeuta chromania przestankowego musi być stowarzyszony w stowarzyszeniu Chronisch ZorgNet, o czym należy poinformować Zorg en Zekerheid za pomocą wpisu do rejestru kodów AGB prowadzonego przez Vektis;
- jeśli ubezpieczony jest leczony w związku z chorobą Parkinsona i parkinsonizmami, prowadzący je fizjoterapeuta lub terapeuta ćwiczeniowy musi być stowarzyszony w stowarzyszeniu ParkinsonNet, o czym należy poinformować Zorg en Zekerheid za pomocą wpisu do rejestru kodów AGB prowadzonego przez Vektis.

b. W przypadku niektórych zabiegów obowiązują następujące warunki:
   - ubezpieczony rozpoczyna nowe leczenie u fizjoterapeuty? Fizjoterapeuta zbada najpierw, co mu konkretnie dolega i jakich zabiegów potrzebuje. Liczy się to jako jedna sesja. Gdy fizjoterapeuta będzie następnie rzeczywiście przeprowadzał leczenie, ponownie będzie się ono liczyło jako jedna sesja. Dlatego przy pierwszej wizycie u fizjoterapeuty mogą zostać zadeklarowane do refundacji dwie sesje;
   - wliczają się w to wszystkie zabiegi z zakresu fizjoterapii i terapii ćwiczeniowej. Dotyczy to także zabiegów/sesji (poliklinicznych), jakie miały miejsce w szpitalu lub placówce.

c. Leczenie grupowe:
   jeśli ubezpieczony odbywa zabiegi przeprowadzane w grupie, nie przysługuje mu prawo do refundacji kosztów za zabiegi indywidualne na te same dolegliwości, odbywane u tego samego, jak i innego fizjoterapeuty lub

terapeuty ćwiczeniowego. Refundacja świadczeń ma jednak miejsce w przypadku, gdy indywidualne sesje pełnią funkcję oceny początkowej, oceny w trakcie leczenia i/lub oceny końcowej.

Czy potrzebuję skierowania?
Czy Państwa schorzenie jest wpisane na listę ujętą w Załączniku 1. Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. listę schorzeń przewlekłych), lub też będą Państwo leczeni w związku z artrozą stawu biodrowego lub kolanowego, chromaniem przestankowym w stopniu II niedokrwienia wg klasyfikacji Fontaine'a lub POChP klasy II lub wyższej w klasyfikacji GOLD? Jeśli tak, potrzebne jest uzyskanie pisemnego skierowania na tę terapię od lekarza prowadzącego, specjalisty pielęgniarstwa lub asystenta lekarza. Wystarczy też zaświadczenie z diagnozy zawierające następujące dane: Państwa nazwisko, nazwisko lekarza stawiającego diagnozę i dokładny opis diagnozy.

Czy są Państwo leczeni przez lekarza specjalistę medycyny geriatrycznej, lekarza osób niepełnosprawnych umysłowo i/lub behawiorystę będącego Państwa głównym lekarzem prowadzącym w związku z opieką medyczną dla specjalnych grup pacjentów, który w Państwa planie leczenia określił indywidualne leczenie paramedyczne? Jeśli tak, potrzebne jest uzyskanie pisemnego skierowania na tę terapię od Państwa głównego lekarza prowadzącego leczenie.

Państwa schorzenie nie jest wpisane na listę ujętą w Załączniku 1. Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. listę schorzeń przewlekłych) i nie są Państwo leczeni w związku z artrozą stawu biodrowego lub kolanowego, chromaniem przestankowym w stopniu II niedokrwienia wg klasyfikacji Fontaine'a lub POChP klasy II lub wyższej w klasyfikacji GOLD? Mogą się Państwo udać do fizjoterapeuty lub terapeuty ćwiczeniowego bez skierowania. Jest to „bezpośredni dostęp do świadczenia".

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Jeśli mają Państwo otrzymać leczenie świadczone tuż po pobycie w szpitalu, domu opieki lub placówce rehabilitacyjnej (po opiece szpitalnej jednodniowej) i leczenie to nie będzie ukierunkowane na schorzenie wpisane na listę ujętą w Załączniku 1. Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. listę schorzeń przewlekłych), ale na przyspieszenie powrotu do zdrowia po wypisaniu do domu lub zakończeniu jednodniowej opieki szpitalnej, potrzebne będzie wcześniejsze uzyskanie na to pisemnej zgody Zorg en Zekerheid. Fizjoterapeuta prowadzący leczenie musi się do nas zwrócić o tę zgodę w Państwa imieniu.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

17.2 Ergoterapia

Do czego mam prawo?
Każdy ubezpieczony ma prawo do refundacji kosztów ergoterapii oferowanej przez ergoterapeutów, trwającej maksymalnie 10 godzin zabiegowych w roku kalendarzowym.

W ramach niektórych ubezpieczeń dodatkowych Zorg en Zekerheid oferuje uzupełnienie zwrotu kwoty otrzymywanej z ubezpieczenia podstawowego. Więcej informacji można znaleźć w warunkach polisy dodatkowych ubezpieczeń w zakresie ergoterapii.

Jakie są warunki?
- Leczenie musi przeprowadzić ergoterapeuta;
- ergoterapeuta lub ergoterapeuta ze specjalizacją, taki jak ergoterapeuta ręki lub ergoterapeuta dziecięcy, musi być zarejestrowany w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici) (ze statusem: zarejestrowany w rejestrze jakościowym);
- ergoterapia ma na celu stymulowanie bądź przywrócenie ubezpieczonemu zdolności do samodzielnego funkcjonowania;
- wszelkie zabiegi/sesje z zakresu podstawowej opieki ergoterapeutycznej wliczają się do podanej maksymalnej liczby refundowanych godzin. Dotyczy to także zabiegów/sesji (poliklinicznych), jakie miały miejsce w szpitalu lub placówce;
- leczenie w zakresie choroby Parkinsona i parkinsonizmów jest refundowane tylko wtedy, gdy ergoterapeuta jest stowarzyszony w ParkinsonNet.

Czy potrzebuję skierowania?
- Czy są Państwo leczeni przez lekarza specjalistę medycyny geriatrycznej, lekarza osób niepełnosprawnych umysłowo i/lub behawiorystę będącego Państwa głównym lekarzem prowadzącym w związku z opieką medyczną dla specjalnych grup pacjentów, który w Państwa planie leczenia określił indywidualne leczenie paramedyczne? Jeśli tak, potrzebne jest uzyskanie pisemnego skierowania na tę terapię od Państwa głównego lekarza prowadzącego leczenie;
- w innych przypadkach przysługuje bezpośredni dostęp do świadczeń ergoterapeutów.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

17.3 Logopedia

Do czego mam prawo?
Ubezpieczonemu przysługuje prawo do opieki logopedycznej świadczonej przez logopedę.

Jakie są warunki?
- Leczenie musi przeprowadzić logopeda;
- leczenie powinno służyć celom medycznym;
- w wyniku leczenia można oczekiwać przywrócenia bądź poprawy funkcji lub zdolności mowy;
- logopeda musi być zarejestrowany w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici) (ze statusem: zarejestrowany w rejestrze jakościowym);
- w przypadku leczenia afazji, logopedii przedwerbalnej lub jąkania terapię musi przeprowadzać logopeda wpisany w powiązaniu z tymi specjalizacjami do rejestru jakościowego Holenderskiego Stowarzyszenia Logopedów i Foniatrów (Nederlandse Vereniging Logopedie en Foniatrie, NVFL);
- leczenie w zakresie choroby Parkinsona i parkinsonizmów jest refundowane tylko wtedy, gdy logopeda jest stowarzyszony w ParkinsonNet.

Czy potrzebuję skierowania?
- Czy są Państwo leczeni przez lekarza specjalistę medycyny geriatrycznej, lekarza osób niepełnosprawnych umysłowo i/lub behawiorystę będącego Państwa głównym lekarzem prowadzącym w związku z opieką medyczną dla specjalnych grup pacjentów, który w Państwa planie leczenia określił indywidualne leczenie paramedyczne? Jeśli tak, potrzebne jest uzyskanie pisemnego skierowania na tę terapię od Państwa głównego lekarza prowadzącego leczenie;
- w innych przypadkach przysługuje bezpośredni dostęp do świadczeń logopedów.

Co nie jest refundowane?
- Leczenie logopedyczne nie obejmuje leczenia dysleksji i zaburzeń w przyswajaniu języka w związku z dialektem i/lub obcojęzycznością. Jeśli występują tylko zaległości w użyciu języka niderlandzkiego, który nie jest dla ubezpieczonego językiem ojczystym, nie może być mowy o zaburzeniu rozwoju, tylko o problemach z nauką drugiego języka. Zorg en Zekerheid nie refunduje kosztów rozwiązania tego rodzaju problemów;
- refundacji nie podlegają formy leczenia logopedycznego określone mianem wsparcia logopedycznego w edukacji;
- jeśli ubezpieczony odbywa sesje w grupie, nie przysługuje mu prawo do refundacji za sesje indywidualne na te same dolegliwości, odbywane u tego samego, jak i innego logopedy. Refundacja świadczeń ma jednak miejsce w przypadku, gdy indywidualne sesje pełnią funkcję oceny początkowej, oceny w trakcie leczenia i/lub oceny końcowej.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

17.4 Dietetyka

Do czego mam prawo?
Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczonej przez dietetyków opieki dietetycznej o charakterze medycznym, maksymalnie do 3 godzin leczenia/sesji na rok kalendarzowy.

W ramach niektórych ubezpieczeń dodatkowych Zorg en Zekerheid oferuje uzupełnienie zwrotu kwoty otrzymywanej z ubezpieczenia podstawowego dla osób cierpiących na niedowagę lub nadwagę. Dalsze informacje można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker** lub w warunkach polisy ubezpieczeń dodatkowych w zakresie kursów prewencyjnych.

Jakie są warunki?
- Leczenie musi przeprowadzić dietetyk;
- dietetyk musi być zarejestrowany w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici) (status: zarejestrowany w rejestrze jakościowym);
- wszelkie formy leczenia z zakresu dietetyki wliczają się do podanej maksymalnej liczby refundowanych godzin. Dotyczy to także leczenia/sesji (poliklinicznych), jakie miały miejsce w szpitalu lub placówce;
- leczenie w zakresie choroby Parkinsona i parkinsonizmów jest refundowane tylko wtedy, gdy dietetyk jest stowarzyszony w ParkinsonNet.

Czy potrzebuję skierowania?
- Czy są Państwo leczeni przez lekarza specjalistę medycyny geriatrycznej, lekarza osób niepełnosprawnych umysłowo i/lub behawiorystę będącego Państwa głównym lekarzem prowadzącym w związku z opieką medyczną dla specjalnych grup pacjentów, który w Państwa planie leczenia określił indywidualne leczenie paramedyczne? Jeśli tak, potrzebne jest uzyskanie pisemnego skierowania na tę terapię od Państwa głównego lekarza prowadzącego leczenie;
- w innych przypadkach przysługuje bezpośredni dostęp do świadczeń dietetyków.

Co nie jest refundowane?
Świadczenia dietetyczne w przypadku cukrzycy, astmy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc lub zarządzania ryzykiem w chorobach układu sercowo-naczyniowego (CVRM, Cardiovasculair Risico Management) mogą wchodzić w skład wielodyscyplinarnej, koordynowanej opieki kompleksowej wykupionej u grupy świadczącej opiekę. Jeżeli pacjent otrzymuje świadczenia dietetyczne w związku z którąś z tych dolegliwości za pośrednictwem wielodyscyplinarnej, koordynowanej opieki kompleksowej, są one wówczas objęte refundacją świadczeń opieki

kompleksowej opisaną w artykule 24. Nie przysługuje Państwu wówczas prawo do refundacji wspomnianych wyżej 3 sesji leczenia dietetycznego dla tej samej dolegliwości lub też problemów z nią powiązanych.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

17.5 Epilacja elektryczna lub zabiegi laserowe dla osób transseksualnych

Do czego mam prawo?
Ubezpieczonemu przysługuje prawo do epilacji elektrycznej i/lub laserowej brody (na twarzy i na szyi).

Co nie jest refundowane?
Nie przysługuje prawo do refundacji epilacji tułowia i kończyn.

Jakie są warunki?
- Epilację musi wykonać uprawniony do tego terapeuta chorób skóry;
- terapeuta chorób skóry musi być zarejestrowany w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici) (status: zarejestrowany w rejestrze jakościowym).

Czy potrzebuję skierowania?
Tak, potrzebne jest uzyskanie skierowania od prowadzącego leczenie lekarza specjalisty.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Aby uzyskać refundację łącznie ponad 10 sesji elektrycznej epilacji i/lub zabiegów laserowych dla osoby transseksualnej, wykonujący zabieg epilacji musi uzyskać na to uprzednią zgodę Zorg en Zekerheid.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 18. Opieka stomatologiczna

18.1 Ogólne zasady

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do:
- opieki świadczonej przez lekarzy stomatologów pod warunkiem, że leczenie stomatologiczne jest absolutnie niezbędne;
- opieki stomatologicznej może udzielać uprawniony ustawowo, kompetentny świadczeniodawca, taki jak lekarz stomatolog, chirurg szczękowy, ortodonta, zakontraktowany stomatolog-protetyk, zarejestrowany instruktor higieny jamy ustnej i instruktor higieny jamy ustnej.

Co nie jest refundowane?
- Opieka stomatologiczna nie obejmuje zabiegów, które w sposób nieuzasadniony są kosztowne, skomplikowane lub nieskuteczne z punku widzenia stomatologii;
- świadczenia związane z usługami protetycznymi wykonywane i deklarowane do zwrotu przez technika dentystycznego nie są brane pod uwagę przy refundacji.

Opieka stomatologiczna poza gabinetem, w którym ubezpieczony jest regularnie przyjmowany
Aby żądanie refundacji kosztów leczenia stomatologicznego w miejscu, gdzie przebywa ubezpieczony (tj. w innym gabinecie niż ten, w którym normalnie przyjmowany jest ubezpieczony) było ważne, potrzebne jest skierowanie lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

18.2 Opieka stomatologiczna do 18. roku życia

Do czego mam prawo?
Ubezpieczonemu przysługuje refundacja za:
a. okresową kontrolę (okresowe profilaktyczne badanie stomatologiczne) raz do roku, chyba że ze względów medycznych ubezpieczony wymaga częstszych kontroli;
b. sporadyczne konsultacje stomatologiczne;
c. usuwanie kamienia nazębnego;
d. zabieg fluoryzacji maksymalnie dwa razy w roku, od momentu pojawienia się pierwszych zębów stałych (zębów i trzonowców człowieka dorosłego), chyba że ubezpieczony wymaga częstszej fluoryzacji;
e. lakowanie zębów (uszczelnianie);
f. leczenie paradontozy (tkanek mocujących zęby i trzonowce w szczęce);
g. znieczulenie (anestezję);
h. leczenie kanałowe (opiekę endodontyczną), z wyjątkiem wybielania zewnętrznego;

i. wypełnienia (naprawę elementów uzębienia za pomocą materiałów plastycznych);
j. leczenie dolegliwości stawu skroniowo-żuchwowego (pomoc dentysty-gnatologa);
k. chirurgiczne leczenie stomatologiczne przez lekarza stomatologa lub chirurga szczękowego, z wyjątkiem zakładania implantów stomatologicznych;
l. prześwietlenia, z wyjątkiem prześwietleń do celów ortodoncji;
m. wyjmowane protezy szczęki (protezę szkieletową, protezę częściową (płytkę) lub protezę pełną).

Wykaz świadczeń i przypisane im kody świadczeń, za które przysługuje refundacja w przypadku leczenia u prowadzącego własną praktykę lub zarejestrowanego instruktora higieny jamy ustnej można znaleźć w dokumencie „Refundacja za świadczenia instruktorów higieny jamy ustnej prowadzących własną praktykę lub zarejestrowanych instruktorów higieny jamy ustnej" (Vergoedingen vrijgevestigde mondhygiënisten of geregistreerd-mondhygiënisten) na stronie **zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker**.

Czy muszę zapłacić udział własny?
Nie, w przypadku ubezpieczonych poniżej 18. roku życia nie jest należny udział własny.

Co nie jest refundowane?
- Koszty koron i mostków;
- leczenie ortodontyczne, z wyjątkiem postanowień art. 18.4;
- terapia za pomocą urządzeń do leczenia zaburzeń miofunkcjonalnych.

W ramach większości ubezpieczeń dodatkowych Zorg en Zekerheid oferuje uzupełnienie zwrotu kosztów opieki stomatologicznej otrzymanej z ubezpieczenia podstawowego. Więcej informacji można znaleźć w warunkach polisy ubezpieczeń dodatkowych w zakresie opieki stomatologicznej.

Co podlega refundacji świadczeń z tytułu opieki stomatologicznej poza zwykłymi godzinami przyjęć?
W przypadku świadczeń z tytułu opieki stomatologicznej poza zwykłymi godzinami przyjęć ubezpieczony do 18. roku życia ma prawo do zwrotu kosztów opieki stomatologicznej wyłącznie, jeśli jej udzielenie z uzasadnionych przyczyn nie może zostać przełożone na inny dzień.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Ubezpieczony musi uzyskać uprzednią pisemną zgodę Zorg en Zekerheid, aby:
- wykonać lakowanie zębów (uszczelnianie) w przypadku zębów mlecznych;
- móc powoływać się na prawo do refundacji kosztów opieki w myśl artykułu 18.2 lit. k w przypadku ekstrakcji zęba pod narkozą lub osteotomii;
- skorzystać ze świadczeń ujętych w ostatniej wersji Ograniczającego wykazu upoważnień do wykonywania świadczeń w dziedzinie chirurgii szczękowej (Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie). Można go znaleźć na stronie internetowej **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**;
- wykonać i opisać pantomogram;
- wykonać i opisać wielowymiarowe zdjęcie szczęki;
- móc wymienić pełną protezę (z wyjątkiem protezy natychmiastowej) w ciągu 5 lat od zakupu.

Świadczeniodawca musi wówczas złożyć wniosek o pisemną zgodę Zorg en Zekerheid za pośrednictwem cyfrowego portalu VECOZO. Do wniosku należy dołączyć uzasadnienie świadczeniodawcy (zob. artykuły 6.2 i 6.3) lub centrum specjalistycznej opieki stomatologicznej, jak również plan leczenia i kosztorys.

Wydana zgoda może zostać cofnięta w przypadku, gdy:
- brak jest wskazań do dalszej opieki stomatologicznej;
- ubezpieczony nie stosuje się do zaleceń świadczeniodawcy;
- ubezpieczony poważnie zaniedbuje higienę jamy ustnej;
- inny lekarz przejmie leczenie;
- wykonywane jest inne leczenie niż to, na które została wydana zgoda.

18.3 Opieka stomatologiczna powyżej 18. roku życia
Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do:
a. chirurgicznego leczenia stomatologicznego przez chirurga szczękowego i wykonania w związku z tym badania rentgenowskiego. Leczenie takie nie obejmuje: zabiegów chirurgii przyzębia (leczenia dziąseł), zakładania implantów zębowych i wykonania nieskomplikowanych ekstrakcji (wyrywania zębów trzonowych w sytuacji, gdyby mógł to wykonać również lekarz stomatolog);
b. wyjmowanych pełnych protez zębowych (sztucznych szczęk) do szczęki górnej i/lub dolnej, osadzonych bądź też nie na implantach stomatologicznych (wraz z założeniem mezostruktury, zatrzasków lub belki zatrzaskowej).

W ramach większości ubezpieczeń dodatkowych Zorg en Zekerheid oferuje uzupełnienie zwrotu kosztów opieki stomatologicznej otrzymanej z ubezpieczenia podstawowego. Więcej informacji można znaleźć w warunkach polisy ubezpieczeń dodatkowych w zakresie opieki stomatologicznej.

Czy obowiązuje mnie udział własny?
W przypadku opieki protetycznej obowiązują następujące udziały własne:
- 25% kosztów pełnej protezy zębowej nieosadzonej na implantach;
- 10% naprawy lub rebazacji protezy zębowej (osadzonej na implantach);
- 10% stawki, do jakiej ubezpieczony jest uprawniony za osadzoną na implantach protezę zębową szczęki dolnej;
- 8% stawki, do jakiej ubezpieczony jest uprawniony za osadzoną na implantach protezę zębową szczęki górnej.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Ubezpieczony musi uzyskać uprzednią pisemną zgodę Zorg en Zekerheid, aby:
- móc powoływać się na prawo do zwrotu za świadczenia w myśl artykułu 18.3 lit. a w przypadku ekstrakcji zęba pod narkozą lub osteotomii;
- skorzystać ze świadczeń ujętych w ostatniej wersji Ograniczającego wykazu upoważnień do wykonywania świadczeń w dziedzinie chirurgii szczękowej (Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie). Można go znaleźć na stronie internetowej **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**;
- móc powoływać się na prawo do zwrotu za świadczenia w myśl artykułu 18.3 lit. b, w przypadku wymiany pełnej protezy nieosadzonej na implantach (z wyjątkiem protezy natychmiastowej) w ciągu pięciu lat od zakupu;
- zlecić wykonanie i opisanie wielowymiarowych zdjęć szczęki;
- zlecić wykonanie i opisanie pantomogramów;
- uzyskać wszelką opiekę związaną z protezą na implantach;
- samodzielnie zlecić wykonanie mezostruktury (zatrzasków lub belki zatrzaskowej) za pośrednictwem stomatologa;
- zlecić wykonanie implantów niezakontraktowanemu świadczeniodawcy.

Lekarz stomatolog musi złożyć wniosek o pisemną zgodę Zorg en Zekerheid za pośrednictwem cyfrowego portalu VECOZO. Do wniosku należy dołączyć uzasadnienie stomatologa, stomatologa-protetyka, chirurga szczękowego (zob. artykuły 6.2 i 6.3) lub centrum specjalistycznej opieki stomatologicznej, jak również plan leczenia i kosztorys.

Wydana zgoda może zostać cofnięta w przypadku, gdy:
- brak jest wskazań do dalszej opieki stomatologicznej;
- ubezpieczony nie stosuje się do zaleceń świadczeniodawcy;
- ubezpieczony poważnie zaniedbuje higienę jamy ustnej;
- inny lekarz przejmie leczenie;
- wykonywane jest inne leczenie niż to, na które została wydana zgoda.

18.4 Opieka stomatologiczna w szczególnych przypadkach
Ubezpieczony może skorzystać z opieki stomatologicznej w przypadku poważnej dolegliwości, która powoduje, że bez uzyskania tej opieki nie będzie mógł w dostatecznym stopniu używać swoich zębów i trzonowców.

18.4.1 Specjalistyczna opieka stomatologiczna w szczególnych przypadkach
Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do refundacji specjalistycznej opieki stomatologicznej, jeśli:
- cierpi na poważne zaburzenia rozwoju, wzrostu lub nabytą w późniejszym czasie wadę szczękowo-zębową;
- cierpi na schorzenie fizyczne bądź umysłowe o podłożu niestomatologicznym;
- musi poddać się leczeniu medycznemu, którego rezultaty zależą między innymi od uzyskania opieki stomatologicznej.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Ubezpieczony musi uzyskać uprzednią pisemną zgodę Zorg en Zekerheid. Lekarz stomatolog musi złożyć wniosek o pisemną zgodę Zorg en Zekerheid za pośrednictwem cyfrowego portalu VECOZO. Do wniosku należy dołączyć pisemne uzasadnienie od stomatologa, stomatologa-protetyka, chirurga szczękowego (zob. artykuły 6.2 i 6.3) lub centrum specjalistycznej opieki stomatologicznej, jak również pisemny plan leczenia i kosztorys.

Czy muszę zapłacić udział własny?
Osoby ubezpieczone powyżej 18. roku życia płacą udział własny za opiekę, która nie wiąże się bezpośrednio ze wskazaniem do specjalistycznej opieki stomatologicznej w szczególnych przypadkach. Udział własny jest równy kwocie, która zostałaby naliczona w przypadku, gdyby nie chodziło o opiekę stomatologiczną w szczególnych przypadkach.

18.4.2 Implanty w bezzębnej szczęce
Do czego mam prawo?
Ubezpieczonemu przysługuje zwrot kosztów założenia implantów stomatologicznych, gdy występuje u niego bardzo poważnie uszczuplona, bezzębna szczeka, a implanty te mają służyć do zamocowania wyjmowanej protezy.

Jakie są warunki?
- Implanty może zamówić i założyć wyłącznie lekarz stomatolog lub chirurg szczękowy;
- mezostrukturę może zamówić i założyć wyłącznie lekarz stomatolog;
- protezę może zamówić i zamocować na implantach wyłącznie lekarz stomatolog lub stomatolog-protetyk.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Ubezpieczony musi uzyskać uprzednią pisemną zgodę Zorg en Zekerheid. Lekarz stomatolog musi złożyć wniosek o pisemną zgodę Zorg en Zekerheid za pośrednictwem cyfrowego portalu VECOZO. Do wniosku należy dołączyć pisemne uzasadnienie od stomatologa, stomatologa-protetyka, chirurga szczękowego (zob. artykuły 6.2 i 6.3) lub centrum specjalistycznej opieki stomatologicznej, jak również pisemny plan leczenia i kosztorys.

Czy muszę zapłacić udział własny?
Osoby ubezpieczone powyżej 18. roku życia płacą udział własny za opiekę, która nie wiąże się bezpośrednio ze wskazaniem do specjalistycznej opieki stomatologicznej w szczególnych przypadkach. Udział własny jest równy kwocie, która zostałaby naliczona w przypadku, gdyby nie chodziło o opiekę stomatologiczną w szczególnych przypadkach.

18.4.3 Ortodoncja w szczególnych przypadkach

Do czego mam prawo?
Ubezpieczonemu przysługuje opieka ortodontyczna, gdy występuje u niego bardzo poważne zaburzenie rozwoju lub wzrostu szczękowo-zębowego, wymagające dodatkowej diagnostyki lub dodatkowego leczenia z zakresu innej dziedziny niż stomatologia.

Jakie są warunki?
Leczenie musi przeprowadzić lekarz ortodonta.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Ubezpieczony musi uzyskać uprzednią pisemną zgodę Zorg en Zekerheid. Wniosek o wydanie zgody przez Zorg en Zekerheid musi też zawierać pisemne uzasadnienie ortodonty lub centrum specjalistycznej opieki stomatologicznej, jak również sporządzony na piśmie plan leczenia i kosztorys.

Czy muszę zapłacić udział własny?
Przy korzystaniu z opieki ortodontycznej w szczególnych przypadkach ubezpieczonego nie obowiązuje udział własny.

W ramach niektórych ubezpieczeń dodatkowych Zorg en Zekerheid oferuje zwrot kosztów ogólnej opieki ortodontycznej ogólnie do 18. roku życia. Więcej informacji można znaleźć w warunkach polisy ubezpieczeń dodatkowych w zakresie opieki stomatologicznej.

18.5 Hospitalizacja ze wskazań medycznych

Hospitalizacja w szpitalu najniższej klasy ze wskazań medycznych nieprzerwanie przez najwyżej 1095 dni w związku ze specjalistycznym leczeniem stomatologiczno-chirurgicznym, jak opisano w artykule 18, ewentualnie, choć niekoniecznie, w połączeniu z opieką pielęgniarską, pielęgnacją lub leczeniem paramedycznym:
a. przerwy wynoszącej maksymalnie trzydzieści dni nie traktuje się jako przerwy w hospitalizacji. Dni te nie zostają jednak wliczone do obliczenia 1095 dni;
b. w odstępstwie od postanowień lit. a, do obliczenia 1095 dni wlicza się przerwy w związku z weekendem lub urlopem wypoczynkowym.

18.6 Implanty stomatologiczne u ubezpieczonych poniżej 23. roku życia

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do urządzenia protetycznego zastępującego zęby wykonanego z materiałów nieplastycznych (koron i mostków) i do implantów zębowych, w celu zastąpienia:
- brakujących stałych siekaczy lub kłów, które nie wykształciły się w całości;
  lub
- brakujących stałych siekaczy lub kłów utraconych bezpośrednio wskutek wypadku.

Jakie są warunki?
- Wiek ubezpieczonego nie może przekraczać 23 lat;
- konieczność świadczenia tego rodzaju opieki ustalono, zanim ubezpieczony ukończył 18. rok życia;
- nie jest świadczona opieka stomatologiczna w szczególnych przypadkach, jak określono w artykule 18.4.1.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Ubezpieczony musi uzyskać uprzednią pisemną zgodę Zorg en Zekerheid. Lekarz stomatolog musi złożyć wniosek o pisemną zgodę Zorg en Zekerheid za pośrednictwem cyfrowego portalu VECOZO. Do wniosku należy dołączyć pisemne uzasadnienie od stomatologa, stomatologa-protetyka, chirurga szczękowego (zob. artykuły 6.2 i 6.3) lub centrum specjalistycznej opieki stomatologicznej, jak również pisemny plan leczenia i kosztorys.

Czy muszę zapłacić udział własny?
Przy korzystaniu z tego rodzaju leczenia ubezpieczonego nie obowiązuje udział własny.

Artykuł 19. Opieka farmaceutyczna

19.1. Opieka farmaceutyczna

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do opieki farmaceutycznej, jak przewidziano w Uchwale i Rozporządzeniu w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego oraz w Regulaminie dotyczącym opieki farmaceutycznej, który można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**. Opieka ta polega na dostarczeniu leków lub porad i pomocy, które standardowo zaliczane są do świadczeń udzielanych przez farmaceutów, lekarzy pierwszego kontaktu uprawnionych do wydawania leków i innych dostawców farmaceutycznych o specjalizacji medycznej (zwanych dalej: aptekarzami), w zakresie oceny i odpowiedzialnego korzystania z leków. Farmaceuci ci muszą być wpisani do rejestru farmaceutów prowadzących działalność, jak określono w art. 61 Ustawy o produktach leczniczych.
Obejmuje to:

- wydawanie leków, na które wymagana jest recepta i które rzeczywiście zostały wydane ubezpieczonemu;
- wydawanie leku na receptę i rozmowa instruktażowa na temat leku, który ubezpieczony stosuje po raz pierwszy. Dotyczy to leku z taką samą substancją czynną w składzie i formą podawania, który nigdy wcześniej nie był Państwu wydany lub który został Państwu po raz ostatni wydany 12 miesięcy temu lub dawniej;
- wydawanie leku poprzez zindywidualizowaną formę wydawania leków (geïndividualiseerde distributievorm, GDV), jeśli przez okres jednego lub kilku tygodni występuje konieczność otrzymywania leków w sposób indywidualnie dostosowany do ubezpieczonego, np. poprzez rolkę saszetek z gotowymi dawkami leków lub kasetkę z tygodniową dawką leków. Farmaceuta sprawdza w związku z tym, czy opieka taka jest niezbędna i celowa;
- instruktaż dotyczący użycia środka pomocniczego używanego przy stosowaniu leku na receptę. Przysługuje maksymalnie 1 instruktaż dla każdego środka pomocniczego, chyba że zostanie stwierdzone, że ubezpieczony używa go nieprawidłowo;
- ocenę większej ilości leków przyjmowanych w ramach farmakoterapii na receptę w związku ze schorzeniami przewlekłymi na podstawie danych medycznych, farmaceutycznych i dotyczących pacjenta. Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 1 taka ocena na rok, która jest zarazem zwolniona z ryzyka własnego;
- opiekę farmaceutyczną w przypadku jednodniowej opieki szpitalnej/wizyty w poradni przyszpitalnej, gdy podczas niej miała faktycznie miejsce indywidualna rozmowa o (zmianie) farmakoterapii pomiędzy ubezpieczonym a odpowiedzialnym świadczeniodawcą;
- opiekę farmaceutyczną przy hospitalizacji i w związku z wyjściem ze szpitala, gdy w chwili rozpoczęcia leczenia w szpitalu lub natychmiast po zakończeniu tego leczenia miała faktycznie miejsce indywidualna rozmowa.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

19.2 Leki

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do:

a. refundacji zarejestrowanych leków określonych w Rozporządzeniu dotyczącym ubezpieczenia zdrowotnego (Regeling zorgverzekering) i w Systemie refundacji leków (Geneesmiddelenvergoedingssysteem, GVS) o ile są one wskazane przez Zorg en Zekerheid;

b. refundacji leków niemarkowych. Po wygaśnięciu patentu na lek oryginalnej marki, na rynku pojawiają się porównywalne z nim leki niemarkowe (leki generyczne). Od tego momentu, nawet jeśli ma to miejsce w trakcie roku, ubezpieczonemu przysługiwać będzie refundacja wyłącznie za niemarkowy zamiennik leku oryginalnej marki lub wskazany lek preferowany. Refundację leków preferowanych ujętych w Regulaminie opieki farmaceutycznej Zorg en Zekerheid można znaleźć na naszej stronie internetowej i jest ona co miesiąc aktualizowana na **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**. W Załączniku 1. Rozporządzenia dot. ubezpieczenia zdrowotnego wymienione są grupy leków zawierających tę samą substancję czynną w składzie. Leki w obrębie tych grup są swoimi wzajemnymi zamiennikami. W przypadku leków należących do kategorii produktów posiadających tę samą substancję czynną, siłę działania i porównywalną formę podawania), ubezpieczonemu przysługują tylko leki wskazane przez Zorg en Zekerheid. Są to tzw. leki preferowane. Informacje o tym, dla jakich substancji czynnych są wskazane leki preferowane i jakie są to leki, można znaleźć w Regulaminie opieki farmaceutycznej Zorg en Zekerheid. Najbardziej aktualny wykaz leków preferowanych jest zamieszczony na naszej stronie internetowej. W trakcie 2021 roku Zorg en Zekerheid może wskazać lub zmienić jeden lub większą liczbę leków preferowanych. Informacje o tym, których leków preferowanych to dotyczy, można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**. Ubezpieczony może otrzymać refundację wyłącznie za wskazane tam leki preferowane. Nie będą refundowane inne leki posiadające tę samą substancję czynną, siłę działania i formę;

c. w wyjątkowych przypadkach może się okazać, że leczenie za pomocą leku generycznego (niemarkowego) byłoby dla ubezpieczonego nieodpowiedzialne pod względem medycznym. Ubezpieczonemu może wtedy

przysługiwać prawo do refundacji markowego leku. Lekarz musi wówczas zamieścić na recepcie adnotację, że występują „wskazania natury medycznej" (medische noodzaak). Aby to ustalić, ubezpieczony musi przez dłuższy okres wypróbować co najmniej dwa leki generyczne (niemarkowe) oprócz wskazanego leku preferowanego, pod warunkiem, że jest to medycznie dopuszczalne. Przy tym konieczne jest wykazanie przez farmaceutę w porozumieniu z lekarzem, że substancja pomocnicza w jednym lub większej liczbie leków generycznych wywołuje u ubezpieczonego takie efekty, że przyjmowanie przez niego tego leku byłoby nieodpowiedzialne pod względem medycznym.
Lekarz może zapisać na recepcie „wskazania natury medycznej" tylko jeśli potrafi to uzasadnić. W razie wątpliwości w tej kwestii farmaceuta skontaktuje się z lekarzem. Taka sytuacja może mieć miejsce, jeśli na przykład okaże się, że ubezpieczony nie stosował wcześniej preferowanego leku. Na podstawie recepty i wyjaśnień od lekarza farmaceuta wybierze lek, który należy wydać ubezpieczonemu. Jeśli nadal będą istnieć wątpliwości dotyczące „wskazań natury medycznej", farmaceuta może też skontaktować się z Zorg en Zekerheid w celu uzyskania drugiej opinii, korzystając z formularza „Wniosku o ponowną ocenę wskazań natury medycznej";

Leki preferowane i ryzyko własne
Zorg en Zekerheid może w dowolnej chwili zmienić wykaz leków preferowanych. Najnowszą wersję wykazu można znaleźć w Regulaminie opieki farmaceutycznej na stronie **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**. Leki preferowane nie są odliczane od kwoty obowiązkowego i dobrowolnego ryzyka własnego. Ryzyko własne obowiązuje jednak przy opłacie za usługi świadczone przez aptekę. Są to na przykład koszty związane z udostępnieniem leku i instruowaniem przy stosowaniu nowych leków. Jeśli ze względu na „wskazania natury medycznej" ubezpieczony stosuje inny lek niż preferowany lub jeśli preferowany lek jest niedostępny (ze „względów logistycznych", np. w przypadku braków zaopatrzeniowych), koszty tego leku zostaną odliczone od ryzyka własnego ubezpieczonego.

d. refundacji leków z innych grup wzajemnie zamiennych leków, które nie są objęte zasadą dotyczącą leków preferowanych. Czy Państwa lek należy do grupy leków wzajemnie zamiennych, dla której Zorg en Zekerheid nie wskazał leku preferowanego? Jeśli tak, mają Państwo prawo do maksymalnej refundacji w oparciu o najniższą cenę leku niemarkowego (generycznego) w obrębie danej grupie leków, która może być wyższa maksymalnie o 3% od najniższej;

e. refundacji leków zmniejszających wydzielanie kwasu żołądkowego i leków dostępnych bez recepty stosowanych przy dolegliwościach przewlekłych, pod warunkiem, że są one ujęte w Rozporządzeniu dotyczącym ubezpieczenia zdrowotnego (Regeling zorgverzekering) i w Systemie refundacji leków (Geneesmiddelenvergoedingssysteem, GVS). Muszą one być jednak przepisane przez lekarza. Recepta musi zawierać następujące informacje:
   - ubezpieczony ma zalecenie do przyjmowania tego leku przez ponad sześć miesięcy;
   - ubezpieczonemu przepisano ten lek w związku z leczeniem schorzenia przewlekłego;
   - ten lek nie jest dla ubezpieczonego nowym lekiem.

   Przez pierwsze piętnaście dni stosowania ubezpieczony sam ponosi koszt leków dostępnych bez recepty stosowanych przy dolegliwościach przewlekłych, o których mowa w niniejszym artykule. Zasada dotycząca leków preferowanych ma również zastosowanie w odniesieniu do refundacji tych grup leków. Oznacza to, że Zorg en Zekerheid wskazuje preferowany lek dla kilku grup leków dostępnych bez recepty, które są wzajemnymi zamiennikami. Nie będą więc refundowane inne leki z tej samej grupy, które posiadają tę samą substancję czynną, siłę działania i formę;

f. refundacji leków przygotowanych przez aptekę na receptę w myśl artykułu 40 ust. 3 lit. a Ustawy o produktach leczniczych, jeżeli nie istnieje praktycznie żaden równoważny zarejestrowany lek i o ile chodzi o racjonalną farmakoterapię. Tego rodzaju lek może zostać przygotowany w aptece ubezpieczonego lub jego apteka może zamówić jego wykonanie w innej aptece. W takim przypadku świadczenie to określa się jako lek zlecony do przygotowania innej aptece. Lek taki podlega refundacji jedynie wtedy, gdy żaden równoważny zarejestrowany lek nie jest refundowany z ubezpieczenia podstawowego i ustalono, że należy on do racjonalnej farmakoterapii. Lekarz i farmaceuta ubezpieczonego zostaną o tym powiadomieni za pomocą listy na stronie www.znformulieren.nl;

g. leków zleconych do przygotowania innej aptece zgodnie z postanowieniami lit. b powyżej, które należą do kategorii produktów będących wzajemnymi zamiennikami leków przygotowywanych w aptece. Dla tej grupy ma zastosowanie maksymalna refundacja dla świadczeniodawcy, bazująca na najniższej cenie podanej w publicznym cenniku usług farmaceutycznych, i może być wyższa maksymalnie o 3% od tej najniższej ceny; Maksymalna cena nie może przekraczać kosztów przygotowania leku w przypadku, gdyby apteka przygotowała go samodzielnie;

h. leku określonego w artykule 40 ust. 3 lit. c Ustawy o produktach leczniczych, wytworzonego w Holandii przez producenta z pozwoleniem na produkcję, o ile chodzi o racjonalną farmakoterapię;

i. leków, o których mowa w artykule 40 ust. 3 lit. c Ustawy o produktach leczniczych, o ile chodzi o racjonalną farmakoterapię, które nie są dostępne w Holandii, ale są importowane do Holandii i mają być przeznaczone dla ubezpieczonego, który cierpi na schorzenie, które w Holandii nie występuje u więcej niż 1 na 150 000 osób;

j. leków, o których mowa w artykule 40 ust. 3 lit. c Ustawy o produktach leczniczych, które znajdują się w obrocie w innym kraju członkowskim Unii Europejskiej lub w kraju trzecim i są importowane do Holandii, jeśli leki te mają zastąpić zarejestrowane leki określone w lit. a, które nie mogą być dostarczone, lub też nie mogą być dostarczone w wystarczającej ilości przez posiadacza lub posiadaczy pozwolenia na obrót lub pozwolenia na obrót równoległy, wydanego na mocy Ustawy o produktach leczniczych, lub też na mocy rozporządzenia określonego w artykule 1 ust. 1 lit. fff tej Ustawy;

k. leków, o których mowa w art. 52 ust. 1 Ustawy o produktach leczniczych, jeśli leki te mają zastąpić zarejestrowane leki określone w lit. a, które nie mogą być dostarczone, lub też nie mogą być dostarczone w wystarczającej ilości przez posiadacza lub posiadaczy pozwolenia na obrót lub pozwolenia na obrót równoległy, wydanego na mocy Ustawy o produktach leczniczych, lub też na mocy rozporządzenia określonego w artykule 1 ust. 1 lit. fff tej Ustawy.

Jakie są warunki?

a. O ile Zorg en Zekerheid nie ustaliło inaczej z farmaceutą/lekarzem pierwszego kontaktu uprawnionym do wydawania leków, leki muszą być przepisane przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę, stomatologa, stomatologa specjalistę lub położną (położonego) i muszą zostać udostępnione ubezpieczonemu przez farmaceutę/lekarza pierwszego kontaktu uprawnionego do wydawania leków;
b. W przypadku niektórych leków określonych w Załączniku 2. Rozporządzenia dotyczącego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązują dodatkowe warunki, a niekiedy może też być potrzebna zgoda Zorg en Zekerheid. Jest to określone w Regulaminie opieki farmaceutycznej; a ogólne formularze są udostępnione na stronie: www.znformulieren.nl. Na podstawie zaświadczenia lekarskiego wypełnionego przez lekarza wypisującego receptę apteka może natychmiast sprawdzić, czy ubezpieczony spełnia stawiane mu warunki. Zaświadczenie lekarskie należy dostarczyć wraz z receptą do apteki, lub też ze względu na ochronę prywatności można je przesłać bezpośrednio do Zorg en Zekerheid. W przypadkach, gdy wymagane jest uprzednie uzyskanie zgody, podmiot wypisujący receptę zwróci się do Zorg en Zekerheid o zgodę na dane leczenie;
c. w przypadku każdego przepisanego leku istnieje prawo do otrzymania opieki farmaceutycznej jedynie przez:
   - maksymalnie 15 dni lub czas zużycia najmniejszego opakowania handlowego nowego leku;
   - co najmniej 3 miesiące i przez maksymalnie 12 miesięcy, jeśli dotyczy to leków na potrzeby leczenia chorób przewlekłych (co określa lekarz wypisujący receptę), które nie kosztują więcej niż 1000,00 € z VAT miesięcznie. Jeśli dotyczy to leków określonych w ustawie o środkach odurzających (Opiumwet) – benzodiazepin, leków uspokajających i nasennych, na każdy przepisany lek przysługuje prawo do opieki przez maksymalnie miesiąc. Nie dotyczy to leków z grupy antydepresantów i leków stosowanych w leczeniu ADHD;
   - maksymalnie miesiąc, jeśli koszty za jeden lek przekraczają 1000,00 € miesięcznie z VAT lub, w przypadku najmniejszego opakowania handlowego, jeśli koszty za jedno takie opakowanie przekraczają 1000,00 € z VAT, o ile nie poczyniono innych ustaleń z farmaceutą. Z wyjątkiem pobytu za granicą do maksymalnie 3 miesięcy lub w przypadku leków na HIV;
   - podstawami do dostarczenia leków na krótszy okres mogą być: ograniczony termin przydatności do użycia lub ograniczona dostępność leku (np. w przypadku braków zaopatrzeniowych);
   - w przypadku środków antykoncepcyjnych recepta jest potrzebna tylko za pierwszym razem. Doustne środki antykoncepcyjne są dostarczane przez maksymalnie 12 miesięcy. Jeśli ubezpieczony korzysta z tych środków po raz pierwszy, maksymalny termin wynosi 3 miesiące;
   - w przypadku insuliny recepta jest potrzebna tylko za pierwszym razem;
   - przy stosowaniu leków podczas intensywnej opieki świadczonej w domu (opieki farmaceutycznej w fazie paliatywnej i terminalnej) obowiązuje w zasadzie maksymalny kres piętnastu dni. W konsultacji pomiędzy ubezpieczonym, lekarzem (pierwszego kontaktu), pielęgniarką(-rzem) środowiskową(-ym) i farmaceutą mogą zostać jednak wypracowane indywidualne rozwiązania;
   - we wszystkich pozostałych przypadkach – przez co najmniej miesiąc.

Co nie jest refundowane?

a. Opieka farmaceutyczna, która nie jest opieką objętą ubezpieczeniem w myśl Rozporządzenia dotyczącego ubezpieczenia zdrowotnego;
   - konsultacje na temat samodzielnej opieki farmaceutycznej dla grup pacjentów;
   - porady dotyczące stosowania leków wydawanych bez recepty;
   - porady w zakresie stosowania leków wydawanych na receptę w czasie podróży;
   - porady w zakresie zagrożenia chorobą w podróży;
   - prewencyjne leki i szczepienia na wypadek podróży.
b. Leki do badań, jak określono w artykule 40 ust. 3 lit. b Ustawy o produktach leczniczych;
c. Leki będące równoważne lub prawie równoważne z zarejestrowanym lekiem, które nie są zalecane przez Ministerstwo zdrowia, opieki społecznej i sportu, chyba że obowiązujące rozporządzenia ministerialne stanowią inaczej;
d. Leki, o których mowa w artykule 40, ust. 3, lit. f Ustawy o produktach leczniczych.
e. Leki do leczenia jednego lub większej liczby nowych wskazań, które są wykluczone na mocy Rozporządzenia dotyczącego ubezpieczenia zdrowotnego;
f. Refundacja niektórych leków złożonych. Lek złożony zawiera więcej substancji czynnych zawartych w jednej formie do podania (tabletce/inhalatorze). Refundowane są wówczas pojedyncze leki zawierające jedną substancję czynną (np. w osobnych tabletkach). W ciągu roku Zorg en Zekerheid może wprowadzić zmiany tych zasad, które można znaleźć na naszej stronie internetowej **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
- W przypadku niektórych leków określonych w Załączniku 2. Rozporządzenia dotyczącego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązują dodatkowe warunki, a niekiedy również wymóg uzyskania zgody ubezpieczyciela. Informacje na ten temat można znaleźć na stronie: **zorgenzekerheid.nl/geneesmiddelen**;
- W odniesieniu do leków dodanych w ciągu danego roku do załącznika 2. obowiązuje wymóg uzyskania zgody Zorg en Zekerheid w związku z tym, że mogą też obowiązywać względem nich dodatkowe warunki. Jeśli uzyskanie takiej zgody nie będzie potrzebne, powiadomimy o tym na naszej stronie internetowej. Dodatkowe warunki można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/geneesmiddelen**.

Czy muszę zapłacić udział własny?
Ministerstwo zdrowia, opieki społecznej i sportu określa, które leki są refundowane na podstawie ustawy ZVW i za jakie leki muszą Państwo zapłacić udział własny. Ustala też przy tym maksymalną cenę do refundacji za poszczególne leki. Gdy cena leku przekracza tę maksymalną cenę do refundacji, ubezpieczony musi sam pokryć część kosztów powyżej ustalonej stawki maksymalnej. Ta część jest Państwa udziałem własnym i jest ustalona na maksymalną kwotę 250,00 € na rok kalendarzowy. Koszty udziału własnego za leki powyżej tego limitu zostaną zrefundowane przez Zorg en Zekerheid. Ten udział własny nie wlicza się do obowiązkowego lub dobrowolnego ryzyka własnego. Jeśli objęcie ubezpieczeniem nie rozpoczyna się lub nie kończy w dniu 1 stycznia, obliczymy udział własny ubezpieczonego proporcjonalnie do liczby dni, przez jakie jest objęty ubezpieczeniem w bieżącym roku kalendarzowym.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

19.3 Preparaty dietetyczne
Do czego mam prawo?
Ubezpieczonemu przysługują (polimeryczne, oligomeryczne, monomeryczne i modułowe) preparaty dietetyczne do użytku medycznego i związane z nimi porady oraz wsparcie, gdy nie może on poradzić sobie za pomocą dostosowanego normalnego żywienia i innych produktów spożywczych specjalnego przeznaczenia, i jeżeli:
- cierpi na zaburzenia metabolizmu, alergię pokarmową lub zaburzenia resorpcji;
- ma mniej niż 2 lata i stwierdzono u niego alergię na białko mleka krowiego za pomocą testu prowokacji;
- cierpi na stwierdzone na podstawie uznanych badań wstępnych niedożywienie związane z chorobą lub też występuje u niego takie ryzyko;
- zgodnie z wytycznymi jego grup zawodowych w Holandii istnieje dla niego zalecenie stosowania preparatu dietetycznego.

W przypadku żywienia dietetycznego na potrzeby medyczne, ubezpieczonemu przysługuje(-ą):
- pierwsza dostawa z pakietem startowym zawierającym – jeśli jest to możliwe pod względem leczniczym – większą ilość smaków na maksymalnie dwa tygodnie. Jeśli okres zużycia jest krótszy niż dwa tygodnie, czas użytkowania pakietu startowego zostanie do tego dostosowany;
- ewentualne dalsze (automatyczne) wydania produktów maksymalnie na 1 miesiąc;
- żywienie dietetyczne jest dostarczane na sztuki lub na najmniejsze opakowanie handlowe;
- dostawa preparatów dietetycznych i/lub systemów ich podawania wraz z akcesoriami odbywa się pod adres domowy ubezpieczonego w ciągu 24 godzin od złożenia zamówienia.

Jakie są warunki?
- wymagane jest wypełnienie krajowego formularza ZN (Holenderskich Ubezpieczycieli Zdrowotnych) dotyczącego preparatów dietetycznych. Formularz wypełnia dietetyk lub lekarz (pierwszego kontaktu), a dostawca żywienia musi stwierdzić, czy spełniono konieczne wymogi. Podmiot oferujący opiekę może znaleźć formularz ZN dotyczący preparatów dietetycznych na stronie www.znformulieren.nl;
- Środki związane z karmieniem przez sondę muszą być dostarczone przez dostawcę o specjalizacji medycznej;
- aby uzyskać refundację dostosowanego pożywienia dla niemowlęcia w przypadku występowania u niego alergii na mleko krowie, konieczne jest wykonanie testu eliminacji i prowokacji;
- aby uzyskać refundację dostosowanego pożywienia dla niemowlęcia wymagane jest wypełnienie krajowego formularza ZN (Holenderskich Ubezpieczycieli Zdrowotnych) dotyczącego preparatów dietetycznych a dostawca żywienia musi stwierdzić, czy spełniono konieczne wymogi.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Ubezpieczony musi uzyskać uprzednią pisemną zgodę Zorg en Zekerheid, aby:
- uzyskać refundację za pożywienie dla niemowlęcia z alergią na mleko krowie, bez konieczności wykonania testu prowokacji;
- uzyskać refundację za pożywienie dla niemowlęcia z alergią na mleko krowie w przypadku dziecka powyżej 2. roku życia;
- uzyskać refundację za pożywienie dla niemowlęcia z alergią na mleko krowie, w ilości przekraczającej 1000 ml dziennie;
- uzyskać refundację za preparaty dietetyczne po miesiącu ich stosowania;
- uzyskać refundację za pożywienie dla niemowlęcia po miesiącu jego stosowania.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 20. Środki pomocnicze

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do refundacji funkcjonalnych środków pomocniczych i środków opatrunkowych wymienionych w Uchwale w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego oraz w Rozporządzeniu dot. ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres prawa do refundacji kosztów środków pomocniczych określany jest na podstawie umowy ubezpieczenia i Regulaminu środków pomocniczych (Reglement Hulpmiddelen) opracowanego przez Zorg en Zekerheid.

W Regulaminie środków pomocniczych można znaleźć między innymi zasady dotyczące:
- tego, czy potrzebne jest skierowanie, na którym zostanie wymienione wskazanie, i jeżeli skierowanie jest konieczne – jaki podmiot musi je wystawić;
- czy należy uzyskać uprzednią zgodę Zorg en Zekerheid (w związku z pierwszym zakupem, ponownym zakupem lub naprawą);
- okresu użytkowania środka pomocniczego;
- liczby użyć w przypadku materiałów eksploatacyjnych;
- tego, czy środek pomocniczy ma być wydany na własność, czy ma być udostępniony do użytkowania (wypożyczony);
- maksymalnych kwot refundowanych i ustawowych udziałów własnych;
- wymogów jakościowych, które musi spełniać świadczeniodawca dostarczający środek pomocniczy.

Treść Regulaminu środków pomocniczych można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**. Można też skontaktować się w tym celu z Zorg en Zekerheid pod numerem telefonu (071) 5 825 825 lub odwiedzić jeden z naszych oddziałów.

Jakie są warunki?
Środek pomocniczy musi być niezbędny, skuteczny i nie być w sposób nieuzasadniony kosztowny ani skomplikowany w ocenie Zorg en Zekerheid;

Co nie jest refundowane?
- Koszty codziennej eksploatacji pokrywa ubezpieczony, o ile rozporządzenie ministerstwa i/lub Regulamin środków pomocniczych nie stanowią inaczej. Pod pojęciem kosztów codziennej eksploatacji rozumie się m.in. koszty zużycia energii i baterii;
- środki pomocnicze i opatrunkowe przepisane ubezpieczonemu leczonemu w placówce przewidzianej Ustawą WLZ, które uznaje się za niezbędne do opieki świadczonej przez tę placówkę.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 21. Transport chorych

21.1 Ogólne zasady
Rozróżnia się następujące formy transportu chorych:
- transport karetką, oznaczający przewóz chorego karetką pogotowia w nagłych wypadkach natury medycznej;
- transport siedzący, oznaczający transport środkiem komunikacji publicznej, taksówką lub samochodem (ubezpieczonego).

21.2 Transport karetką
Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do transportu karetką w nagłych wypadkach natury medycznej, na odległość maksymalnie 200 km, chyba że Zorg en Zekerheid wyda pisemną zgodę na transport na dalszą odległość.

Jakie są warunki?
Dotyczy to transportu chorego:
a. do świadczeniodawcy lub placówki, w której ubezpieczony otrzyma opiekę, której koszty w całości bądź częściowo pokrywa ubezpieczenie zdrowotne;
b. do placówki, w której ubezpieczony będzie hospitalizowany całkowicie bądź częściowo na koszt WLZ;
c. do świadczeniodawcy, u którego lub też do placówki, w której ubezpieczony poniżej 18. roku życia uzyska opiekę w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień, której koszty w całości lub w części pokryje upoważniony na mocy Ustawy o dzieciach i młodzieży (Jeugdwet) zarząd gminy;
d. z placówki WLZ do świadczeniodawcy lub zakładu opieki zdrowotnej:
   - gdzie ubezpieczony musi się poddać badaniu lub leczeniu całkowicie lub częściowo na koszt refundacji z tytułu Ustawy WLZ;
   - w celu przymierzenia lub dopasowania protezy, która wydawana jest całkowicie lub częściowo na koszt refundacji z tytułu Ustawy WLZ;
e. do miejsca zamieszkania ubezpieczonego (lub do innego miejsca, gdy ubezpieczony nie może być odpowiednio pielęgnowany w miejscu zamieszkania) w przypadku powrotu od/z wymienionych w literach a-d świadczeniodawców i placówek.

Co jeszcze należy wiedzieć?
Transport chorych obejmuje również transport osoby opiekującej się ubezpieczonym, jeśli taka opieka jest konieczna lub jeśli jest mowa o opiece nad dzieckiem, które nie ukończyło jeszcze 16. roku życia. W szczególnych przypadkach Zorg en Zekerheid może wydać zgodę na transport dwóch osób opiekujących się ubezpieczonym.

21.3 Transport siedzący ze wskazaniem medycznym

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do transportu siedzącego w nagłych wypadkach natury medycznej (środki komunikacji publicznej w najniższej klasie, transport (własnym) samochodem lub taksówką) od i do świadczeniodawcy lub placówki opieki zdrowotnej w odległości do 200 km, chyba że Zorg en Zekerheid wyda zgodę na transport na większą odległość.

Jakie są warunki?
- Refundacja za transport chorych przysługuje wyłącznie wtedy, gdy:
  a. u ubezpieczonego należy wykonać dializę nerek;
  b. u ubezpieczonego należy przeprowadzić zabiegi onkologiczne, jak chemioterapia, immunoterapia lub radioterapia;
  c. ubezpieczony musi się udać na konsultacje, badania i kontrole i z powrotem, które są konieczne w związku z leczeniem wymienionym w literach a i b powyżej;
  d. ubezpieczonemu w związku z leczeniem długotrwałej choroby lub dolegliwości zalecany jest transport i zastosowanie ma tzw. klauzula „hardship" chroniąca chorych przed trudnościami finansowymi. Jeśli ubezpieczony jest objęty tą klauzulą, dotyczy to również siedzącego transportu na konsultacje, badania i kontrole, które są konieczne w związku z tym leczeniem;
  e. ubezpieczony przemieszcza się wyłącznie na wózku inwalidzkim;
  f. stwierdzone ograniczenia widzenia nie pozwalają ubezpieczonemu poruszać się bez asysty;
  g. ubezpieczony nie ukończył 18. roku życia i ma zalecenia w zakresie opieki ze względu na złożone problemy somatyczne bądź niepełnosprawność fizyczną, przy czym występuje potrzeba nieustannego nadzoru lub zapewnienia dostępności w pobliżu całodobowej opieki;
  h. ubezpieczony korzysta z rehabilitacji geriatrycznej;
  i. ubezpieczony musi skorzystać z jednodniowej opieki szpitalnej w ramach programu świadczenia opieki dla osób z przewlekłymi, postępującymi, degeneracyjnymi dolegliwościami, niewrodzonymi urazami mózgu lub z ograniczeniami umysłowymi (które obejmuje opieka medyczna dla specjalnych grup pacjentów (gzsp)).
- Ponadto musi to być transport chorego:
  a. do świadczeniodawcy lub placówki, w której ubezpieczony otrzyma opiekę, której koszty w całości bądź częściowo pokrywa ubezpieczenie zdrowotne;
  b. do osoby lub placówki, od/w której ubezpieczony otrzyma opiekę, której koszty w całości bądź częściowo pokrywa ubezpieczenie zdrowotne;
  c. do placówki, w której ubezpieczony będzie przebywał całkowicie lub częściowo na koszt ubezpieczenia w myśl Ustawy WLZ;
  d. z placówki WLZ do:
     1. osoby lub placówki, od/w której ubezpieczony otrzyma badania lub opiekę, której koszty w całości bądź częściowo pokrywa ubezpieczenie zdrowotne w myśl Ustawy WLZ;
     2. osoby lub placówki w celu przymierzenia lub dopasowania protezy, której koszty w całości bądź częściowo pokrywa ubezpieczenie zdrowotne w myśl Ustawy WLZ;
  e. do miejsca zamieszkania ubezpieczonego (lub do innego miejsca, gdy ubezpieczony nie może być odpowiednio pielęgnowany w miejscu zamieszkania) w przypadku powrotu od/z wymienionych w literach a-c świadczeniodawców i placówek.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
- Aby uzyskać refundację za przejazd taksówką, konieczne jest uprzednie uzyskanie na to pisemnej zgody Zorg en Zekerheid. W tym celu ubezpieczony powinien złożyć wniosek o transport siedzący ze wskazaniem medycznym, zgodnie z postanowieniami artykułu 21.4;
- jeśli transport siedzący środkami komunikacji publicznej, taksówką lub własnym samochodem nie jest możliwy, można wcześniej zwrócić się do Zorg en Zekerheid o wydanie zgody na transport innym środkiem transportu;
- ubezpieczony musi uzyskać uprzednio pisemną zgodę na dofinansowanie kosztów noclegu.

Co jeszcze należy wiedzieć?
- Refundacja kosztów transportu (własnym) samochodem wynosi 0,32 € za kilometr. Zwrot kosztów oblicza się na podstawie najkrótszej możliwej odległości. Odległość oblicza się na podstawie „optymalnej trasy" zgodnie z planerem podróży ANWB (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner);
- koszty środków komunikacji publicznej lub transportu (własnym) samochodem są refundowane w oparciu o najkrótszą możliwą trasę;
- transport chorych obejmuje również transport osoby opiekującej się ubezpieczonym, jeśli taka opieka jest konieczna lub jeśli jest mowa o opiece nad dzieckiem, które nie ukończyło jeszcze 16. roku życia. W szczególnych przypadkach Zorg en Zekerheid może wydać zgodę na transport dwóch osób opiekujących się ubezpieczonym;
- ubezpieczony może powołać się na klauzulę „hardship", gdy istnieją wskazania co do transportu na siedząco w związku z długotrwałym leczeniem choroby lub schorzenia w określonej odległości lub w określonym czasie podróży, a nieudostępnienie takiego transportu ubezpieczonemu prowadzi do oczywistej niesprawiedliwości. Ubezpieczony może złożyć uprzednio wniosek w tej sprawie wraz z zaświadczeniem lekarza prowadzącego;

- na wniosek ubezpieczonego może zostać wypłacone dofinansowanie do kosztów noclegu (do 76,50 € za noc) zamiast refundacji transportu. Refundacja kosztów noclegu jest możliwa wyłącznie przy spełnieniu warunków określonych w punkcie 21.3 i gdy przejazd z i do placówki zająłby co najmniej trzy następujące po sobie dni. Jeśli nocowanie wymaga podróży tam i z powrotem, ubezpieczonemu przysługuje również refundacja za siedzący transport chorych.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

21.4 Sposób wnioskowania o transport siedzący

Jak złożyć wniosek o transport siedzący?

Jeśli ubezpieczony spełnia warunki określone w artykule 21.3, może zawnioskować o refundowany transport chorych na siedząco w następujący sposób:

- w przypadku transportu środkami komunikacji publicznej lub własnym samochodem o zwrot kosztów można zawnioskować składając w Zorg en Zekerheid formularz deklaracji „Transportu własnego i publicznego" (Eigen vervoer en openbaar vervoer). Wraz z formularzem należy przesłać kopię swojej karty wizyt. Ocenimy wówczas, czy ubezpieczony spełnia warunki dotyczące refundacji transportu chorych na siedząco i na tej podstawie obliczymy kwotę refundowanych kosztów przejazdu;
- jeśli ubezpieczony potrzebuje taksówki (do przewozu wózka inwalidzkiego), może zawnioskować o zgodę dzwoniąc pod numer Telefonu Transportowego Vervoerslijn (071) 5 825 700. Pracownik Vervoerslijn oceni przez telefon, czy ubezpieczony spełnia konieczne warunki. Jeśli Vervoerslijn wyda zgodę na transport taksówką (do transportu wózka inwalidzkiego), ubezpieczony będzie mógł zadzwonić do holenderskiej Centrali Transportu Chorych (Zorgvervoercentrale Nederland, ZCN) pod numer (010) 280 81 88, aby zamówić potrzebny transport (wózka inwalidzkiego).

Jeśli ubezpieczony nie spełnia warunków określonych w artykule 21.3, ale chce się powołać się na klauzulę „hardship", aby móc skorzystać z transportu chorych na siedząco, może w tym celu złożyć wniosek za pomocą formularza „Transportu chorych na siedząco" (**zorgenzekerheid.nl/brochures**).

Aby zawnioskować o dofinansowanie do kosztów noclegu, można skorzystać z formularza „Refundacji kosztów noclegów" (**zorgenzekerheid.nl/brochures**).

W przypadku korzystania z transportu własnego lub publicznego, prawo do refundacji siedzącego transportu chorych zostanie ustalone później, na podstawie formularza deklaracji „Transportu własnego i publicznego" i karty wizyt. W razie pytań dotyczących transportu własnego i publicznego można skontaktować się z Zorg en Zekerheid, dzwoniąc pod nr telefonu (071) 5 825 825.

21.5 Udział własny w transporcie siedzącym

Czy muszę zapłacić udział własny?

W przypadku kosztów transportu siedzącego obowiązuje udział własny w wysokości do 108,00 € za ubezpieczonego na rok kalendarzowy. Udział własny nie obowiązuje w przypadku:

- transportu do i z placówek opieki zdrowotnej, które są finansowane na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczenia określonego w Ustawie WLZ. Dotyczy to transportu z placówki, w której ubezpieczony przebywa do instytucji, w której przechodzi specjalistyczne badania lub leczenie, jak również podróży powrotnej do placówki, w której przebywa;
- transportu z i do placówek, które są finansowane na podstawie specjalnego ubezpieczenia na wypadek choroby (bijzondere ziektekostenverzekering). Dotyczy to transportu z placówki, w której ubezpieczony przebywa, do osoby lub placówki, w której przechodzi leczenie stomatologiczne na podstawie wyżej wymienionego ubezpieczenia, jak również podróży powrotnej do placówki, w której przebywa;
- transport, o którym mowa w lit. a i b, jest konieczny, ponieważ badanie specjalistyczne, leczenie specjalistyczne lub leczenie stomatologiczne nie może być zapewnione w placówce, w której ubezpieczony przebywa;
- refundacji kosztów noclegu. W przypadku korzystania z noclegu ubezpieczony zapłaci jednak udział własny za podróż w obie strony.

W ramach niektórych ubezpieczeń dodatkowych Zorg en Zekerheid oferuje refundację udziału własnego w przypadku transportu siedzącego. Więcej informacji można znaleźć w warunkach polisy ubezpieczeń dodatkowych.

21.6 Sposób deklarowania kosztów transportu siedzącego do refundacji

Jak należy zgłaszać koszty do zwrotu?

W celu zgłoszenia kosztów w przypadku przejazdu transportem publicznym lub transportem własnym należy wypełnić deklarację „Transportu własnego i publicznego" i przesłać ją do Zorg en Zekerheid wraz z rachunkami i kartą wizyt. Terminy nadsyłania dokumentów określono w artykule 4.1.1 lit. e.

Artykuł 22. Za granicą

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do (wedle własnego wyboru):
- zwrotu kosztów opieki udzielanej przez niezakontraktowanego świadczeniodawcę. Wysokość refundacji podano w Rubryce A, w artykule 1.5. Jeśli ubezpieczony uzyskał od nas zgodę na dane leczenie, otrzyma refundację w wysokości do 100% (maksymalnej) stawki WMG. Jeśli brak określonej (maksymalnej) stawki WMG, ubezpieczony otrzyma refundację w wysokości do 100% stawki zgodnej z rynkiem holenderskim;
- opieki medycznej mającej nagły charakter – jest to opieka konieczna ze względów medycznych, którą ubezpieczony musi uzyskać w ciągu 24 godzin po pojawieniu się choroby/urazu, i której z uzasadnionych przyczyn nie można udzielić dopiero po powrocie do kraju zamieszkania. Otrzyma on wówczas refundację kosztów w wysokości do 100% (maksymalnej) stawki WMG. Jeśli brak określonej (maksymalnej) stawki WMG, ubezpieczony otrzyma refundację w wysokości do 100% stawki zgodnej z rynkiem holenderskim;
- opieki, do której ubezpieczony ma prawo na podstawie przepisów rozporządzenia UE o systemie zabezpieczenia społecznego lub odpowiedniego porozumienia. Rozporządzenie UE o systemie zabezpieczenia społecznego lub dane porozumienie regulują również kwestię refundacji kosztów opieki.

Uwaga! W poszczególnych krajach mogą też obowiązywać dodatkowe koszty, jakie musi ponieść ubezpieczony, jak np. udział własny w Belgii (tzw. remgelden). Koszty te wliczają się do mającego zastosowanie ryzyka własnego lub udziału własnego.

Jakie są warunki?
- Opieka musi spełniać warunki określone w niniejszych warunkach ubezpieczenia;
- świadczeniodawca musi być uprawniony do świadczenia takiej opieki w danym kraju;
- skierowanie do świadczeniodawcy poza granicami kraju zamieszkania może wydać wyłącznie lekarz pierwszego kontaktu prowadzący leczenie ubezpieczonego lub lekarz specjalista w kraju zamieszkania ubezpieczonego;
- do rachunków sporządzonych w językach innych niż niderlandzki, francuski, niemiecki lub angielski ubezpieczony musi dołączyć ich tłumaczenie wykonane przez tłumacza przysięgłego. Oryginały obcojęzycznych rachunków muszą być sporządzone i/lub przetłumaczone w taki sposób, aby firma Zorg en Zekerheid mogła bez zasięgania dodatkowych informacji ustalić na ich podstawie, do zwrotu jakiego rodzaju świadczenia jest zobowiązana.

Czy potrzebuję zgody?
Wymagane jest uzyskanie uprzedniej zgody w przypadku leczenia szpitalnego (hospitalizacji przez co najmniej 1 noc).

Artykuł 23. Opieka w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień (GGZ)

23.1 Ogólna podstawowa opieka GGZ dla osób powyżej 18. roku życia

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do ogólnej podstawowej opieki GGZ świadczonej przez psychologów klinicznych i lekarzy psychiatrów. Opieka ta jest dostępna dla ubezpieczonych powyżej 18. roku życia i składa się z pięciu świadczeń: leczenia krótkookresowego, średniookresowego, intensywnego, leczenia chorób przewlekłych i leczenia niepełnego.

Ubezpieczony może korzystać z ogólnej podstawowej opieki GGZ świadczonej przez następujących głównych lekarzy prowadzących w prywatnej praktyce lekarskiej:
a. psychologa opieki zdrowotnej;
b. psychoterapeutę;
c. (neuro)psychologa klinicznego;
d. osoby ubezpieczone, które w czasie trwania leczenia (rozpoczętego, gdy były objęte Ustawą o dzieciach i młodzieży – Jeugdwet) osiągną 18. rok życia, mogą otrzymać opiekę również od następujących głównych lekarzy prowadzących:
   - psychologa dzieci i młodzieży;
   - ortopedagoga ogólnego.

Gdy ogólna podstawowa opieka jest świadczona w placówce GGZ, powyższa lista lekarzy prowadzących może zostać uzupełniona o:
- specjalistę pielęgniarstwa w zakresie GGZ;
- lekarza o specjalizacji geriatrycznej lub geriatrę szpitalnego (jeśli główną diagnozą jest demencja);
- lekarza z dziedziny leczenia uzależnień ujętego w rejestrze profili Królewskiego Towarzystwa Medycznego (KNMG) (jeśli główną diagnozą jest uzależnienie i/lub problemy z hazardem).

Jakie są warunki?
- Zakres obowiązków głównego lekarza prowadzącego przy bezpośrednim kontakcie (czynności, które podejmuje w bezpośrednim kontakcie z ubezpieczonym) musi być następujący:
  a. ustalenie, współpraca przy ocenie diagnozy i sporządzenie dokumentacji na etapie diagnozy, a także jednoczesne uzasadnienie diagnozy;
  b. stworzenie planu leczenia ukierunkowanego na odpowiedzialne leczenie zgodne z aktualną wiedzą naukową i wytycznymi;
  c. przeprowadzenie oceny leczenia i w razie konieczności skorygowanie planu leczenia;

- Świadczeniodawca musi posiadać status jakości GGZ zarejestrowany na stronie www.ggzkwaliteitsstatuut.nl, który spełnia wymogi aktualnego wzorca statusu jakości GGZ i jest wcielany w życie.

Co nie jest refundowane?
Refundacja kosztów nie obejmuje:
- opieki specjalistycznej określonej w artykule 23.2;
- testów na inteligencję;
- opieki z zakresu psychologii szkolnej;
- pomocy w formie kursów i szkoleń;
- opieki ortopedagogicznej;
- leczenia zaburzeń adaptacyjnych;
- pomocy w zakresie problemów dotyczących pracy i relacji, chyba że wynikają one ze wspomnianego powyżej zaburzenia według klasyfikacji DSM-5;
- pomocy w problemach z przemęczeniem i wypaleniem zawodowym, chyba że wynikają one ze wspomnianego powyżej zaburzenia według klasyfikacji DSM-5;
- pomocy w zakresie dolegliwości psychicznych, przy których nie występują żadne zaburzenia o charakterze psychicznym;
- opieka interwencyjna niespełniająca wymogów aktualnego poziomu wiedzy medycznej i praktyk przyjętych w tej dziedzinie. Opieka interwencyjna, która nie została poddana ocenie przez Holenderski Instytut ds. Opieki Zdrowotnej (Zorginstituut Nederland), zostanie oceniona przez Zorg en Zekerheid według aktualnego poziomu wiedzy medycznej i praktyk przyjętych w tej dziedzinie. Główną rolę będzie odgrywać przy tym opinia Świadczeniodawców Holenderskich „Terapie w opiece GGZ" (Zorgverzekeraars Nederland 'Therapieën GGZ') lub dalsza(-e)/uzupełniająca(-e) opinia(-e). Opinię(-e) tę(-e) można znaleźć w Broszurze dotyczącej terapii („brochure therapieën") na stronie internetowej **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**.

Czy potrzebuję skierowania?
W przypadku ogólnej podstawowej opieki GGZ potrzebne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu, lekarza medycyny pracy lub lekarza specjalisty.

Skierowanie musi zawierać następujące dane:
- dane osobowe pacjenta kierowanego na leczenie;
- powody skierowania (informacja na temat diagnozy nie musi być widoczna);
- gdzie kierowany jest pacjent (rodzaj Ogólnej Podstawowej opieki GGZ);
- nazwisko, funkcję i kod AGB (Ogólnego Zarządu Danych) podmiotu wydającego skierowanie;
- podpis lekarza kierującego;
- datę (wcześniejszą niż dzień rozpoczęcia leczenia).

Skierowanie zachowuje ważność tylko przez 9 miesięcy. Dla dalszego leczenia w przypadku tej samej diagnozy nie jest konieczne uzyskanie nowego skierowania. Gdy jednak nastąpi przerwa w leczeniu wynosząca ponad 9 miesięcy, dla dalszego leczenia będzie potrzebne nowe skierowanie.

Przestrzegamy w tym względzie przepisów Uchwały o skierowaniach dla GGZ Ministerstwa zdrowia, opieki społecznej i sportu z 21 kwietnia 2017 r. Dokument ten (broszurę o ustaleniach w zakresie skierowań dla GGZ) można znaleźć na stronie internetowej **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

23.2 Specjalistyczna opieka GGZ dla osób powyżej 18. roku życia

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do specjalistycznej opieki GGZ świadczonej przez lekarzy psychiatrów i psychologów klinicznych. Opieka ta jest dostępna dla ubezpieczonych powyżej 18. roku życia. Nie obejmuje ogólnej podstawowej opieki GGZ w myśl w artykułu 23.1.

Jakie są warunki?
- Leczeniem musi się zajmować główny lekarz prowadzący;
- zakres obowiązków głównego lekarza prowadzącego przy bezpośrednim kontakcie (czynności, które podejmuje w bezpośrednim kontakcie z ubezpieczonym) musi być następujący:
  a ustalenie, współpraca przy ocenie diagnozy i sporządzenie dokumentacji na etapie diagnostycznym, a także jednoczesne uzasadnienie diagnozy;
  b ustalenie planu leczenia ukierunkowanego na odpowiedzialne leczenie zgodne z aktualną wiedzą naukową i z wytycznymi;
  c. przeprowadzenie oceny leczenia i w razie konieczności skorygowanie planu leczenia;
- Główny lekarz prowadzący ponosi oprócz tego odpowiedzialność za:
  a. uprawnienia i umiejętności innych lekarzy prowadzących w zakresie samodzielnego przeprowadzenia części leczenia, za którą odpowiada personel pomocniczy;
  b. prowadzenie dokumentacji w zgodzie z obowiązującymi wymogami. Odpowiedzialność tę dzieli z innymi lekarzami prowadzącymi;
  c. uzyskiwanie od innych lekarzy prowadzących i pozostałych specjalistów zaangażowanych w leczenie informacji, które są niezbędne do odpowiedzialnego leczenia pacjenta. Główny lekarz prowadzący sprawdza, czy podejmowane działania są przydatne oraz czy przyczyniają się i pasują do realizacji ustalonego planu leczenia;

d. zadbanie o osobiste spotkania z innymi lekarzami prowadzącymi i w zespole tak często, jak to konieczne w związku z problemami zdrowotnymi pacjenta;
e. dobrą komunikację z pacjentem i jego najbliższymi (gdy ma to zastosowanie i pacjent wyraża na to zgodę) dotyczącą przebiegu leczenia w odniesieniu do ustalonego planu;
f. zakończenie leczenia zgodnie z zasadami DBC;

- w przypadku placówki świadczącej specjalistyczną opiekę GGZ możliwe jest skorzystanie ze wsparcia personelu pomocniczego, który będzie uprawniony do przeprowadzenia części leczenia pod nadzorem głównego lekarza prowadzącego;
- funkcję personelu pomocniczego mogą pełnić wyłącznie świadczeniodawcy ujęci w tabeli zawodów DBC-GGZ, zawartej w Załączniku 3. aktualnego Regulaminu dot. specjalistycznej opieki GGZ opracowanego przez NZa. Regulamin ten można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**;
- opieka jest świadczona w gabinecie lub w klinice świadczeniodawcy. Leczenie w domu jest dopuszczalne wyjątkowo, w przypadku, gdy jest to konieczne ze względów medycznych;
- Świadczeniodawca musi posiadać status jakości GGZ zarejestrowany na stronie www.ggzkwaliteitsstatuut.nl, który spełnia wymogi aktualnego wzorca statusu jakości GGZ i jest wcielany w życie.

Czy potrzebuję skierowania?
W przypadku specjalistycznej opieki w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień, wymagane jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu, lekarza medycyny pracy lub lekarza specjalisty. Nie ma takiego wymogu w razie konieczności uzyskania doraźnej pomocy/opieki z zakresu interwencji kryzysowej.

Skierowanie musi zawierać następujące dane:
- dane osobowe pacjenta kierowanego na leczenie;
- powody skierowania (informacja na temat diagnozy nie musi być widoczna);
- gdzie kierowany jest pacjent (rodzaj specjalistycznej opieki GGZ);
- nazwisko, funkcję i kod AGB (Ogólnego Zarządu Danych) podmiotu wydającego skierowanie;
- podpis lekarza kierującego;
- datę (wcześniejszą niż dzień rozpoczęcia leczenia).

Na okres, na jaki ubezpieczony jest kierowany na leczenie, musi on posiadać ważne skierowanie, którego data wydania nie może być wcześniejsza niż 9 miesięcy od daty rozpoczęcia świadczenia opieki. Dla dalszego leczenia w przypadku tej samej diagnozy nie będzie potrzebne nowe skierowanie, gdy rozpocznie się ono w ciągu 9 miesięcy po zakończeniu wcześniejszego leczenia. Gdy jednak nastąpi przerwa w leczeniu wynosząca ponad 9 miesięcy, dla dalszego leczenia będzie potrzebne nowe skierowanie.

Przestrzegamy w tym względzie przepisów Uchwały o skierowaniach dla GGZ ministerstwa zdrowia, opieki społecznej i sportu z 21 kwietnia 2017 r. Dokument ten (broszurę o ustaleniach w zakresie skierowań dla GGZ) można znaleźć na stronie internetowej **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**.

23.2.1 Kliniczna specjalistyczna opieka GGZ dla osób powyżej 18. roku życia

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do:
- przyjęcia do placówki leczenia zdrowia psychicznego i terapii uzależnień, instytucji oferującej specjalistyczną opiekę w zakresie terapii uzależnień lub na oddział psychiatryczny szpitala na okres do 3 lat (1095 dni). Przerwy wynoszącej maksymalnie 30 dni nie traktuje się jako przerwy w hospitalizacji. Dni te nie wliczają się jednak do obliczania wspomnianych 3 lat (1095 dni). Jednak przerwy w hospitalizacji w związku z przypadającym weekendem i/lub urlopem wypoczynkowym są wliczane do okresu 3 lat (1095 dni);
- specjalistycznego leczenia psychiatrycznego oraz pobytu w szpitalu, również w połączeniu z opieką pielęgniarską;
- stanowiącej część leczenia opieki paramedycznej, leków, środków pomocniczych i środków opatrunkowych przez cały czas pobytu w szpitalu/placówce.

Jakie są warunki?
- Pobyt w szpitalu/placówce musi być konieczny ze względów medycznych w ramach przeprowadzanego leczenia;
- leczeniem musi się zajmować główny lekarz prowadzący. W przypadku klinicznej specjalistycznej opieki GGZ może to być:
  a. lekarz psychiatra – we wszystkich przypadkach;
  b. psycholog kliniczny – we wszystkich przypadkach;
  c. specjalista pielęgniarstwa – w przypadku pacjentów/klientów, których leczenie nie skupia się (już) głównie na czynnikach biologicznych i psychologicznych, lecz bardziej na skutkach zaburzenia psychiatrycznego, jak również ograniczeniach powodowanych przez to zaburzenie w funkcjonowaniu (inter)personalnym, pod warunkiem, że psycholog kliniczny/lekarz psychiatra będzie strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO);
  d. psychoterapeuta – w przypadku form psychoterapii w obrębie różnych referencyjnych ram terapeutycznych, pod warunkiem, że psycholog kliniczny/lekarz psychiatra będzie strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO);
  e. psycholog zdrowia psychicznego – w przypadku pacjentów, których leczenie nie skupia się głównie na czynnikach biologicznych bądź skutkach zaburzenia psychiatrycznego, jak również ograniczeniach powodowanych przez to zaburzenie, lecz bardziej na czynnikach psychologicznych. Chodzi tu o pacjentów z zaburzeniem, które może być leczone w większości za pomocą psychologicznych metod leczenia, bez pilnego charakteru lub konieczności pobytu w szpitalu/placówce. Dodatkowym warunkiem jest to, że

psycholog kliniczny/lekarz psychiatra musi być strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO);

f. lekarz z dziedziny leczenia uzależnień ujęty w rejestrze profili Królewskiego Towarzystwa Medycznego (KNMG) – w przypadku prewencji, diagnostyki i leczenia w zakresie nadużywania i uzależnienia od środków, takich jak m.in. alkohol i tytoń, substancje nielegalne i leki, jak również w zakresie tak zwanych uzależnień behawioralnych, gdy mowa przy tym o chorobie współistniejącej z poważnymi, złożonymi zaburzeniami psychiatrycznymi, pod warunkiem, że psycholog kliniczny/lekarz psychiatra będzie strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO);
g. neuropsycholog kliniczny – w przypadku dolegliwości obejmujących specyficzne elementy neuropsychologiczne, pod warunkiem, że psycholog kliniczny/lekarz psychiatra będzie strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO);
h. geriatra szpitalny, lekarz o specjalizacji geriatrycznej dla pacjentów w starszym wieku (biologicznym), u których wielochorobowość (zarówno o charakterze psychiatrycznym, jak i somatycznym) odgrywa dużą rolę przy objawach dolegliwości, pod warunkiem, że psycholog kliniczny/lekarz psychiatra będzie strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO);
i. osoby ubezpieczone, które w czasie trwania leczenia (rozpoczętego, gdy były objęte Ustawą o dzieciach i młodzieży – Jeugdwet) osiągną 18. rok życia, mogą otrzymać opiekę również od następujących głównych lekarzy prowadzących – pod warunkiem, że psycholog kliniczny/lekarz psychiatra będzie strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO):
   - psychologa dzieci i młodzieży;
   - ortopedagoga ogólnego.

Co nie jest refundowane?

- Neurotrening (neurofeedback);
- psychoanaliza;
- leczenie zaburzeń adaptacyjnych;
- pomoc w zakresie problemów dotyczących pracy i relacji, chyba że wynikają one z diagnozy według klasyfikacji DSM-5;
- pomoc w problemach z przemęczeniem i wypaleniem zawodowym, chyba że wynikają one z diagnozy według klasyfikacji DSM-5;
- testy na inteligencję, które nie stanowią części leczenia medycznego;
- opieka z zakresu psychologii szkolnej;
- pomoc w formie kursów i szkoleń o charakterze niemedycznym;
- opieka ortopedagogiczna;
- pomoc w zakresie dolegliwości psychicznych, które nie są jednak zaburzeniami psychicznymi według klasyfikacji DSM-5;
- opieka interwencyjna niespełniająca wymogów aktualnego poziomu wiedzy medycznej i praktyk przyjętych w tej dziedzinie. Opieka interwencyjna, która nie została poddana ocenie przez Holenderski Instytut ds. Opieki Zdrowotnej (Zorginstituut Nederland), zostanie oceniona przez Zorg en Zekerheid według aktualnego poziomu wiedzy medycznej i praktyk przyjętych w tej dziedzinie. Główną rolę będzie odgrywać przy tym opinia Świadczeniodawców Holenderskich „Terapie w opiece GGZ" (Zorgverzekeraars Nederland 'Therapieën GGZ') lub dalsza(-e)/uzupełniająca(-e) opinia(-e). Opinię(-e) tę(-e) można znaleźć w Broszurze dotyczącej terapii („brochure therapieën") na stronie internetowej **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**;
- specjalistyczna opieka (w zakresie leczenia uzależnień), w ramach której nadrzędnym celem jest resocjalizacja;
- pobyt w szpitalu/placówce ze wskazań społecznych (np. gdy ubezpieczony nie posiada miejsca zamieszkania).

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?

- Zanim ubezpieczony uda się do niezakontraktowanej placówki w celu uzyskania specjalistycznej opieki GGZ z hospitalizacją, musi od nas uprzednio uzyskać na to pisemną zgodę. W tym celu świadczeniodawca powinien przesłać do Zorg en Zekerheid w imieniu ubezpieczonego:
  a. pismo ze skierowaniem od lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalisty lub lekarza medycyny pracy;
  b. wskazanie do umieszczenia w placówce leczniczej, stwierdzone przez lekarza psychiatrę lub psychologa klinicznego;
  c. proponowany plan leczenia sporządzony przez lekarza psychiatrę lub psychologa klinicznego, w tym ilość czasu (w minutach) przeznaczonego na czynności i zabiegi w ramach terapii;
  d. nazwiska świadczeniodawców, w tym głównego lekarza prowadzącego (z podaniem jego numeru w wykazie zawodów w indywidualnej opiece medycznej – BIG), zaangażowanych w świadczenie opieki;
  e. uzasadnienie świadczeń częściowych do zadeklarowania, w tym wykorzystanie personelu opiekuńczo-wychowawczego i pielęgniarskiego (VOV) w leczeniu zaburzenia;
  f. kod łączonego systemu diagnostyczno-leczniczego (DBC) i kod świadczenia.
- W przypadku pobytu, który (według oczekiwań) będzie trwać dłużej niż rok, (w przypadku drugiego i trzeciego roku) konieczne jest, aby przed kontynuacją tego leczenia uzyskać wcześniej, czyli najpóźniej na 2 miesiące przed końcem pierwszego roku pobytu, pisemną zgodę Zorg en Zekerheid.

We wniosku o zgodę należy podać uzasadnienie konieczności takiego pobytu, a także pakiet intensywności opieki i zalecenie dotyczące oczekiwanej długości kontynuowanego pobytu. W indywidualnych przypadkach opiniujący doradca medyczny może zażądać wglądu w plan leczenia. Musi też być obecna lista kontrolna LGGZ podająca wskazania do objęcia długotrwałą opieką GGZ. Listę kontrolną LGGZ można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

23.2.2 Ambulatoryjna specjalistyczna opieka GGZ dla osób powyżej 18. roku życia

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do specjalistycznej opieki GGZ:

- świadczonej w prywatnej praktyce lekarskiej przez jednego z następujących głównych lekarzy prowadzących:
  a. psychoterapeutę,
  b. (neuro)psychologa klinicznego;
  c. psychiatrę;
- w placówce GGZ, świadczonej przez jednego z następujących głównych lekarzy prowadzących:
  a. lekarza psychiatrę – we wszystkich przypadkach;
  b. psychologa klinicznego – we wszystkich przypadkach;
  c. specjalistę pielęgniarstwa – w przypadku pacjentów/klientów, których leczenie nie skupia się (już) głównie na czynnikach biologicznych i psychologicznych, lecz bardziej na skutkach zaburzenia psychiatrycznego, jak również ograniczeniach powodowanych przez to zaburzenie w funkcjonowaniu (inter)personalnym, pod warunkiem, że psycholog kliniczny/lekarz psychiatra będzie strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO);
  d. psychoterapeutę – w przypadku form psychoterapii w obrębie różnych referencyjnych ram terapeutycznych, pod warunkiem, że psycholog kliniczny/lekarz psychiatra będzie strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO);
  e. psychologa zdrowia psychicznego – w przypadku pacjentów, których leczenie nie skupia się głównie na czynnikach biologicznych bądź skutkach zaburzenia psychiatrycznego, jak również ograniczeniach powodowanych przez to zaburzenie, lecz bardziej na czynnikach psychologicznych. Chodzi tu o pacjentów z zaburzeniem, które może być leczone w większości za pomocą psychologicznych metod leczenia, bez pilnego charakteru lub konieczności pobytu w szpitalu/placówce. Dodatkowym warunkiem jest to, że psycholog kliniczny/lekarz psychiatra musi być strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO);
  f. lekarza z dziedziny leczenia uzależnień ujętego w rejestrze profili Królewskiego Towarzystwa Medycznego (KNMG) – w przypadku prewencji, diagnostyki i leczenia w zakresie nadużywania i uzależnienia od środków, takich jak m.in. alkohol i tytoń, substancje nielegalne i leki, jak również w zakresie tak zwanych uzależnień behawioralnych, gdy mowa przy tym o chorobie współistniejącej z poważnymi, złożonymi zaburzeniami psychiatrycznymi, pod warunkiem, że psycholog kliniczny/lekarz psychiatra będzie strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO);
  g. neuropsychologa klinicznego – w przypadku dolegliwości obejmujących specyficzne elementy neuropsychologiczne, pod warunkiem, że psycholog kliniczny/lekarz psychiatra będzie strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO);
  h. geriatrę szpitalnego, lekarza o specjalizacji geriatrycznej dla pacjentów w starszym wieku (biologicznym), u których wielochorobowość (zarówno o charakterze psychiatrycznym, jak i somatycznym) odgrywa dużą rolę przy objawach dolegliwości, pod warunkiem, że psycholog kliniczny/lekarz psychiatra będzie strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO);
  i. osoby ubezpieczone, które w czasie trwania leczenia (rozpoczętego, gdy były objęte Ustawą o dzieciach i młodzieży – Jeugdwet) osiągną 18. rok życia, mogą otrzymać opiekę również od następujących głównych lekarzy prowadzących, pod warunkiem, że psycholog kliniczny/lekarz psychiatra będzie strukturalnie obecny na wielodyscyplinarnych konsultacjach (MDO):
     - psychologa dzieci i młodzieży;
     - ortopedagoga ogólnego.

Jakie są warunki?

Świadczeniodawca musi posiadać status jakości GGZ zarejestrowany na stronie www.ggzkwaliteitsstatuut.nl, który spełnia wymogi aktualnego wzorca statusu jakości GGZ i jest wcielany w życie.

Co nie jest refundowane?

- Neurotrening (neurofeedback);
- psychoanaliza;
- leczenie zaburzeń adaptacyjnych;
- pomoc w zakresie problemów dotyczących pracy i relacji, chyba że wynikają one z diagnozy według klasyfikacji DSM-5;
- pomoc w problemach z przemęczeniem i wypaleniem zawodowym, chyba że wynikają one z diagnozy według klasyfikacji DSM-5;
- testy na inteligencję, które nie stanowią części leczenia medycznego;
- opieka z zakresu psychologii szkolnej;
- pomoc w formie kursów i szkoleń o charakterze niemedycznym;
- opieka ortopedagogiczna;
- pomoc w zakresie dolegliwości psychicznych, które nie są jednak zaburzeniami psychicznymi według klasyfikacji DSM-5;
- opieka interwencyjna niespełniająca wymogów aktualnego poziomu wiedzy medycznej i praktyk przyjętych w tej dziedzinie. Opieka interwencyjna, która nie została poddana ocenie przez Holenderski Instytut ds. Opieki Zdrowotnej (Zorginstituut Nederland), zostanie oceniona przez Zorg en Zekerheid według aktualnego poziomu wiedzy medycznej i praktyk przyjętych w tej dziedzinie. Główną rolę będzie odgrywać przy tym opinia

Świadczeniodawców Holenderskich „Terapie w opiece GGZ” (Zorgverzekeraars Nederland ‘Therapieën GGZ’) lub dalsza(-e)/uzupełniająca(-e) opinia(-e). Opinie te można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Zanim ubezpieczony uda się do niezakontraktowanej placówki w celu uzyskania ambulatoryjnej specjalistycznej opieki GGZ, musi uprzednio uzyskać na to pisemną zgodę. W tym celu świadczeniodawca powinien przesłać do Zorg en Zekerheid w imieniu ubezpieczonego:

a. pismo ze skierowaniem od lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalisty lub lekarza medycyny pracy;
b. wskazanie do leczenia (uzasadnienie, że ubezpieczonemu zaleca się skorzystanie ze specjalistycznej opieki GGZ) wraz z diagnozą według klasyfikacji DSM-5 postawioną przez lekarza;
c. proponowany plan leczenia sporządzony przez lekarza i zatwierdzony przez głównego lekarza prowadzącego leczenie, w tym ilość czasu (w minutach) przeznaczonego na czynności i zabiegi w ramach terapii;
d. nazwiska świadczeniodawców i ich specjalizację/funkcję, w tym również głównego lekarza prowadzącego (z podaniem numeru w wykazie zawodów w indywidualnej opiece medycznej – BIG), zaangażowanych w świadczenie opieki;
e. kod łączonego systemu diagnostyczno-leczniczego (DBC) i kod świadczenia.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 24. Opieka kompleksowa

24.1 Opieka kompleksowa

Do czego mam prawo?
Ubezpieczonemu przysługuje prawo do skoordynowanej wielodyscyplinarnej opieki zdrowotnej, zwanej także kompleksową, gdy cierpi na określone schorzenie przewlekłe. Definicję opieki kompleksowej można też znaleźć w rubryce „Definicje pojęć”.

Co nie jest refundowane?
W ramach opieki kompleksowej nie mogą być świadczone kursy samokontroli (nieprowadzone przez lekarza pierwszego kontaktu lub pielęgniarskiego asystenta tego lekarza). Kursy te są refundowane z niektórych ubezpieczeń dodatkowych, jakie oferujemy.

Jakie są warunki?
Opieka kompleksowa może być świadczona w przypadku określonych schorzeń przewlekłych (przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, astmy, zarządzania ryzykiem w chorobach układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy typu 2). Musi być świadczona w sposób skoordynowany przez grupę różnych świadczeniodawców, w oparciu o standardową opiekę w zakresie leczenia danego schorzenia. Wykaz świadczeniodawców biorących udział w opiece kompleksowej można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl**. Aby uzyskać dostęp do tego wykazu, należy wybrać nagłówek „Zorg en gezondheid”, a następnie sekcję „Ketenzorg”.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

24.2 Opieka podologiczna poza opieką kompleksową

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony ma prawo do opieki podologicznej świadczonej przez lekarzy pierwszego kontaktu ubezpieczonym z cukrzycą typu 1 lub 2. Opieka ta może być świadczona przez podologów i/lub pedicurzystów działających na zlecenie podologa. Może się ona odbywać zarówno w ramach opieki kompleksowej (artykuł 24.1), jak i poza nią.

Jakie są warunki?
- Opieka musi być niezbędna ze względów medycznych;
- u ubezpieczonego muszą występować problemy zdrowotne odpowiadające co najmniej 2. Profilowi zdrowotnemu (Zorgprofiel 2). Wyjątkiem od tej zasady jest coroczna kontrola stóp, dla której minimalnym wymaganiem jest 1. Profil zdrowotny;
- opieka musi być świadczona przez podologa lub pedicurzystę posiadającego umowę z podologiem. Więcej informacji można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl**.
- podolog musi być zarejestrowany w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici) (ze statusem: zarejestrowany w rejestrze jakościowym).

Czy potrzebuję skierowania?
Potrzebne jest pisemne skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty, jeśli opieka nie jest świadczona przez niego samego.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 25. Rzucanie palenia

Do czego mam prawo?
Opieka w tym zakresie obejmuje pomoc medyczną ukierunkowaną na zmianę nawyków, czego celem jest rzucenie palenia przez ubezpieczonego. Ma on też prawo do refundacji leków przepisanych w ramach programu. Można wziąć udział w programie indywidualnym lub grupowym.

Jakie są warunki?
- Ubezpieczonemu przysługuje refundacja udziału w jednym programie rzucania palenia (stoppen met roken) na rok kalendarzowy;
- świadczeniodawca musi być wpisany do Rejestru Jakościowego Programów Rzucania Palenia.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 26. Opieka dla osób z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu

Do czego mam prawo?
Ubezpieczonemu przysługuje (pozaszpitalna) opieka dla osób z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu. Obejmuje ona wielodyscyplinarną opiekę w związku z ograniczeniem wzrokowym i/lub słuchowym bądź też ograniczeniem w komunikowaniu się wynikającym z zaburzenia rozwoju wysławiania się.

Opieka ta jest ukierunkowana na naukę radzenia sobie, zmniejszenie lub zrównoważenie występującego u ubezpieczonego ograniczenia, aby mógł on funkcjonować w największym możliwym stopniu samodzielnie. Opieka składa się z:
- badania diagnostycznego;
- interwencji ukierunkowanych na naukę psychicznego radzenia sobie z upośledzeniem;
- interwencji mających na celu wyeliminowanie lub zrównoważenie ograniczenia występującego u ubezpieczonego, aby zwiększyć jego samodzielność.

Oprócz leczenia osoby z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu, chodzi też o (pośrednie) ukierunkowane systemowo powiązane leczenie rodziców lub opiekunów, dzieci i dorosłych skupionych wokół osoby z takimi dolegliwościami, którzy uczą się pewnych umiejętności dla dobra leczonej osoby.

Co nie jest refundowane?
Ubezpieczonemu nie przysługuje refundacja za:
- pomoc w funkcjonowaniu w społeczeństwie (np. za opiekę tłumacza języka migowego);
- całościowe, długotrwałe i obejmujące wiele dziedzin życia wsparcie dla dorosłych osób głuchoniewidomych i dorosłych głuchych prelingwalnie.

Czy potrzebuję skierowania?
Przed rozpoczęciem korzystania z opieki konieczne jest uzyskanie pisemnego skierowania dla:
w przypadku ograniczeń słuchowych i ograniczeń w komunikowaniu się – opieki dla osób z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu ukierunkowanej na ubezpieczonego z ograniczeniem słuchowym bądź też ograniczeniem w komunikowaniu się wynikającym z zaburzenia rozwoju wysławiania się.
- Skierowanie takie musi wydać lekarz specjalista lub fizyk medyczny audiolog z poradni audiologicznej. Skierowanie musi opierać się na wytycznych Federacji Holenderskich Ośrodków Audiologicznych (Federatie van Nederlandse Audiologische Centra, FENAC);
- przy pojawieniu się nowych dolegliwości zdrowotnych, i o ile w międzyczasie w występującym zaburzeniu nie zaszły żadne zmiany, skierowanie może wypisać lekarz pierwszego kontaktu lub lekarz pediatra.

w przypadku ograniczeń wzrokowych – opieki dla osób z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu ukierunkowanej na ubezpieczonych z ograniczeniem wzrokowym.
- Opieka dla tego wskazania wymaga skierowania od lekarza specjalisty, opartego na wytycznych dotyczących zaburzeń wzrokowych, rehabilitacji i skierowań Holenderskiego Towarzystwa Okulistów (Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, NOG);
- przy pojawieniu się nowych dolegliwości zdrowotnych, i o ile w międzyczasie w występującym zaburzeniu nie zaszły żadne zmiany, skierowanie może wypisać lekarz pierwszego kontaktu lub lekarz pediatra.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?
Jeśli ubezpieczony potrzebuje uzasadnionego względami medycznymi pobytu w placówce w połączeniu z pozaszpitalną opieką dla osób z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu, musi na to uzyskać naszą pisemną zgodę przed rozpoczęciem takiego pobytu. Wniosek musi zawierać następujące informacje/dołączone dokumenty:
- skierowanie;
- dowody na poparcie tego, że pobyt jest niezbędny ze względów medycznych;
- oczekiwany czas pobytu.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 27. Opieka medyczna i pielęgniarska

27.1. Domowe usługi pielęgniarskie

Do czego mam prawo?

Ubezpieczonemu przysługuje prawo do opieki medycznej i pielęgniarskiej świadczonej przez personel pielęgniarski (w jego domu). Opieka musi mieć związek z potrzebą opieki medycznej określoną w artykule 2.4 Rozporządzenia o ubezpieczeniu zdrowotnym lub wysokim ryzykiem wystąpienia takiej potrzeby. Opieka nie może iść w parze z pobytem w placówce, określonym w artykule 2.11 Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego i nie dotyczy opieki w połogu w myśl artykułu 7.

Jakie są warunki?

- Pielęgniarka/pielęgniarz posiadająca(-y) wyższe wykształcenie zawodowe i zarejestrowana(-y) zgodnie z ustawą BIG musi wcześniej ustalić, czy taka opieka jest potrzebna i jaki ma mieć zakres, posługując się w tym celu „Normami na potrzeby zalecania i organizowania opieki medycznej i pielęgniarskiej we własnym otoczeniu pacjenta" określonymi przez stowarzyszenie zawodowe personelu pielęgniarskiego i opiekunów (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland,V&VN);
- w przypadku ubezpieczonych poniżej 18. roku życia pielęgniarka/pielęgniarz dziecięca(-y) posiadająca(-y) wyższe wykształcenie zawodowe i zarejestrowana(-y) zgodnie z ustawą BIG musi wcześniej ustalić, czy taka opieka jest potrzebna i jaki ma mieć zakres;
- wskazania stwierdzone przez innych specjalistów nie są objęte opieką przysługującą z ubezpieczenia;
- opieka jest świadczona przez specjalistę pielęgniarstwa, pielęgniarkę lub pielęgniarza, opiekuna medycznego z ukończoną średnią szkołą zawodową (poziom 3.) lub opiekuna pomocniczego (poziom 2.). Opieka świadczona przez opiekuna pomocniczego (poziomu 2.) musi odbywać się w ramach związku organizacyjnego, w którym ostateczną odpowiedzialność będzie ponosić pielęgniarka/pielęgniarz posiadająca(-y) wyższe wykształcenie zawodowe, zarejestrowana(-y) zgodnie z ustawą BIG;
- ubezpieczony ma obowiązek współpracy podczas wizyty w domu, kontroli telefonicznej lub pisemnej mającej na celu sprawdzenie, czy deklaracje są zgodne z prawdą;
- nie mogą Państwo przenosić na osoby trzecie praw/roszczeń, jakie przysługują Państwu z naszej strony. Tak stałoby się w przypadku, gdyby udali się Państwo do świadczeniodawcy, z którym Zorg en Zekerheid nie ma zawartej umowy. Przysługujące Państwu kwoty refundacji będą wypłacane zawsze na podany nam przez Państwa (ubezpieczającego) rachunek bankowy (IBAN). Nie mogą też Państwo wydać zgody osobie trzeciej na przyjmowanie płatności lub składanie u nas rachunków w Państwa imieniu. Muszą Państwo samodzielnie przedłożyć nam rachunki za świadczenia;
- w rachunku za otrzymaną opiekę (tzw. restitutienota) należy określić wskazanie (nazwisko osoby, która określiła to zalecenie opieki i liczbę zaleconych godzin) oraz nazwisko świadczeniodawcy. Informacja na temat diagnozy nie musi być podana.

Co nie jest refundowane?

Ubezpieczonemu nie przysługuje refundacja za:

- opiekę pielęgniarską dla dzieci do lat 18, mającą na celu wyeliminowanie ograniczeń w samodzielności przy wykonywaniu ogólnych codziennych czynności. Jeśli dziecko jest objęte intensywną opieką dla dzieci lub terminalną opieką paliatywną, cała opieka świadczona w domu w formie opieki medycznej i pielęgniarskiej przysługuje mu z ubezpieczenia podstawowego;
- opieka medyczna i pielęgniarska, gdy ubezpieczony ma wskazanie do opieki z tytułu ustawy WLZ. Nie ma to miejsca, gdy opieka pielęgniarska odbywa się pod bezpośrednim kierownictwem prowadzącego leczenie lekarza specjalisty. Wówczas opieka jest objęta ubezpieczeniem podstawowym;
- dbałość o higienę osobistą (w rozumieniu wsparcia przy czynnościach wykonywanych w życiu codziennym), gdy ubezpieczony jest niedostatecznie samodzielny, np. w związku z dolegliwościami lub ograniczeniami psychiatrycznymi, niepełnosprawnością umysłową lub upośledzeniem funkcji narządu zmysłu, która to opieka jest ukierunkowana na zaradzenie niedostatecznej samodzielności. Opieka tego typu jest uregulowana w Ustawie o pomocy społecznej (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO).

Czy potrzebuję skierowania?

W przypadku opieki medycznej i pielęgniarskiej dla ubezpieczonych poniżej 18. roku życia konieczne jest skierowanie od lekarza pediatry.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?

Ubezpieczony musi uzyskać uprzednią pisemną zgodę Zorg en Zekerheid:

- gdy konieczna jest opieka przez więcej niż 12 godzin na dobę. Formularz upoważnienia można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging,** w sekcji z dokumentami do pobrania (downloads);
- gdy ubezpieczony chce skorzystać z usług niedawno zakontraktowanego przez nas świadczeniodawcy w zakresie domowych usług pielęgniarskich. Chodzi o świadczeniodawcę, z którym zawarliśmy umowę na rok 2021, ale nie miał jeszcze z nami kontraktu w 2020 roku. Za pomocą wyszukiwarki Zorgzoeker można sprawdzić, którzy świadczeniodawcy spełniają ten warunek. Formularz upoważnienia dla niedawno zakontraktowanych świadczeniodawców można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging**;
- gdy ubezpieczony chce skorzystać z usług niezakontraktowanego świadczeniodawcy.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

27.2 Refundacja osobistego budżetu na zakup opieki (persoonsgebonden budget, PGB)

Ubezpieczony może być uprawniony do refundacji opieki pielęgniarskiej w formie osobistego budżetu na zakup opieki, tzw. PGB. Musi jednak uzyskać na to uprzednio pisemną zgodę Zorg en Zekerheid. Za pomocą PGB może sam opłacić domowe usługi pielęgniarskie. Oprócz wymogów określonych w artykule 27.1 obowiązują w tym przypadku również warunki Regulaminu dot. osobistego budżetu na zakup domowych usług pielęgniarskich. Zawiera on warunki jakie należy spełnić, aby móc ubiegać się o PGB. Można go znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**.

27.3 Pobyt w placówce opieki poszpitalnej

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do uzasadnionego względami medycznymi tymczasowego pobytu w placówce opieki poszpitalnej (Eerstelijns verblijf, ELV) połączonego z opieką medyczną świadczoną przez lekarzy pierwszego kontaktu. Opieka składa się z:

- pobytu wraz z nierozerwalnie z nim związaną opieką medyczną i pielęgniarską;
- ogólnej opieki medycznej (takiej, jak świadczona przez lekarzy pierwszego kontaktu);
- pomocy psychologicznej niepolegającej na (specjalistycznej) opiece w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień, świadczonej przez specjalistę behawioralnego pacjentom z (przypuszczalnymi) problemami behawioralnymi i/lub kognitywnymi, na wniosek lekarza pierwszego kontaktu, lekarza o specjalizacji geriatrycznej lub lekarza osób niepełnosprawnych umysłowo;
- opieki paramedycznej, o ile jest ona nierozerwalnie związana z przyczyną pobytu;
- środków pomocniczych i opatrunkowych, o ile będą one nierozerwalnie związane z przyczyną pobytu.

Jakie są warunki?

- Lekarz pierwszego kontaktu lub lekarz specjalista musi stwierdzić wskazanie a przyjęcie do placówki odbędzie się w porozumieniu z prowadzącym leczenie w placówce ELV;
- opieka będzie świadczona przez opiekuna medycznego specjalizującego się w indywidualnej ochronie zdrowia (VIG), z ukończoną średnią szkołą zawodową (poziom 3.), pod nadzorem pielęgniarki/pielęgniarza z wyższym wykształceniem zawodowym;
- przy przyjęciu do placówki ELV muszą istnieć perspektywy na powrót ubezpieczonego do jego domu, chyba że dotyczy to opieki paliatywnej;
- prowadzący leczenie w placówce ELV musi opracować Plan opieki (Zorgplan), podający szacowany czas pobytu;
- czas pobytu w placówce ELV musi wynosić co najmniej 24 godziny i nie może w zasadzie przekraczać 91 dni. Po 1095 dniach nie przysługuje już prawo do pobytu w placówce ELV;
- placówka ELV musi posiadać zezwolenie wydane na podstawie ustawy o dopuszczeniu instytucji opieki (Wet Toelating Zorginstellingen, WTZi);
- do składanego rachunku za otrzymaną opiekę (restitutienota) należy dołączyć skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty. Informacja na temat diagnozy na skierowaniu nie musi być podana.

Co nie jest refundowane?

Ubezpieczonemu nie przysługuje prawo do opieki ELV, jeśli:

- zalecono mu opiekę zastępczą (WMO/WLZ), opiekę z zakresu interwencji kryzysowej (WMO/WLZ) lub (geriatryczną) opiekę rehabilitacyjną;
- występuje u niego wskazanie do pobytu w instytucji świadczącej specjalistyczną opiekę medyczną (np. do hospitalizacji) lub specjalistyczną opiekę GGZ.

Czy potrzebne jest uprzednie uzyskanie zgody Zorg en Zekerheid?

W celu kontynuacji leczenia, które (według oczekiwań) ma trwać dłużej niż 91 dni, należy uprzednio uzyskać pisemną zgodę Zorg en Zekerheid. Wniosek o zgodę należy złożyć w Zorg en Zekerheid najpóźniej na 2 tygodnie przed upływem okresu 91 dni.

> Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 28. Kompleksowy program zmiany trybu życia

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do:

- kompleksowego programu zmiany trybu życia (Gecombineerde Leefstijlinterventie, GLI), na który składa się etap leczenia i etap utrzymania rezultatów leczenia. Czas trwania programu wynosi maksymalnie 24 miesiące;
- program jest ukierunkowany na zmniejszenie liczby przyjmowanych kalorii, zwiększenie podejmowanego wysiłku fizycznego i ewentualne skorzystanie z indywidualnie dostosowanych interwencji psychologa, aby wspierać zmianę złych nawyków;
- program składa się z badania wstępnego, spotkań indywidualnych i grupowych oraz badania końcowego;
- podczas trwania programu ubezpieczonemu pomaga trener zdrowego stylu życia.

Jakie są warunki?

- GLI przysługuje ubezpieczonym, u których występuje umiarkowanie podwyższone zagrożenie dla zdrowia związane z wagą ciała (GGR), zgodnie z kryteriami do wskazań określonymi przez wytyczne w zakresie

otyłości Holenderskiego towarzystwa lekarzy pierwszego kontaktu (NHG) i Normy opieki w zakresie otyłości (Zorgstandaard Obesitas), i którzy są mocno zmotywowani do zmiany swojego stylu życia;
- ubezpieczony musi mieć ukończony 18. rok życia. Wyjątkiem są osoby ubezpieczone w wieku 16 i 17 lat, które mają umiarkowanie (lub bardziej) podwyższone GGR, i w odniesieniu do których prowadzący leczenie stwierdził, że mogą odnieść korzyść z opieki GLI, która jest przeznaczona dla osób dorosłych;
- świadczeniodawca oferujący poradnictwo w zakresie zmiany stylu życia jest zarejestrowany w rejestrze jakościowym dla danego rodzaju opieki GLI. Powinien być w tym celu wpisany do rejestru Stowarzyszenia zawodowego holenderskich trenerów zdrowego stylu życia (BLCN) lub do rejestru prowadzonego przez jego własną paramedyczną grupę zawodową. Musi być wówczas do niego wpisany jako trener zdrowego stylu życia;
- opieka GLI musi być uznana za skuteczną w fachowym portalu internetowym Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) Krajowego instytutu ds. zdrowia społecznego i ochrony środowiska (RIVM), a także być uznana za opiekę objętą ubezpieczeniem przez stowarzyszenie holenderskich ubezpieczycieli (Zorgverzekeraars Nederland);
- przez cały czas świadczenia opieki GLI musi być w nią zaangażowany lekarz pierwszego kontaktu; świadczeniodawca GLI musi się z nim konsultować, regularnie przesyłać mu wyniki leczenia i w razie potrzeby naradzać się z nim w sprawie ewentualnej opieki dodatkowej;
- podczas świadczenia opieki GLI świadczeniodawca musi utrzymywać kontakt z lekarzem pierwszego kontaktu, z innymi świadczeniodawcami i, w razie potrzeby, ze środowiskiem ubezpieczonego;
- okres, przez jaki ubezpieczony (częściowo) otrzymywał opiekę GLI, i w którym był ubezpieczony u innego ubezpieczyciela, wlicza się również do maksymalnego czasu trwania wynoszącego 24 miesiące.

Co nie jest refundowane?
Ubezpieczonemu nie przysługuje refundacja za:
- rzeczywistą pomoc przy uprawianiu sportu/treningach;
- opieka GLI, która nie została uznana za skuteczną przez fachowy portal internetowy Loket Gezond Leven Krajowego instytutu ds. zdrowia społecznego i ochrony środowiska (RIVM) i/lub nie została uznana za opiekę objętą ubezpieczeniem przez stowarzyszenie holenderskich ubezpieczycieli (Zorgverzekeraars Nederland).

Czy potrzebuję skierowania?
Potrzebne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu, lekarza internisty lub kardiologa.

Co się dzieje w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 29. Druga opinia

Do czego mam prawo?
Ubezpieczony może się zwrócić o przeprowadzenie oceny postawionej mu diagnozy/proponowanego leczenia lub stwierdzonego wskazania do domowych usług pielęgniarskich do drugiego niezależnego:
- lekarza;
- innego rodzaju świadczeniodawców (np. do psychoterapeuty lub psychologa klinicznego);
- pielęgniarki/pielęgniarza posiadającej(-ego) wyższe wykształcenie zawodowe i zarejestrowanej(-ego) zgodnie z ustawą BIG (w przypadku oceny wskazania do domowych usług pielęgniarskich).

Jakie są warunki?
- Druga opinia musi dotyczyć opieki zdrowotnej określonej w artykułach 2.4 do 2.15 włącznie Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego;
- świadczeniodawcy wydający pierwszą i drugą opinię muszą specjalizować się w tej samej dziedzinie;
- po uzyskaniu drugiej opinii należy ponownie zgłosić się do świadczeniodawcy, który wydał pierwszą opinię i jest głównym podmiotem prowadzącym leczenie.

Co nie jest refundowane?
- Leczenie przeprowadzone przez drugiego niezależnego lekarza lub świadczeniodawcę, bez zwrócenia się uprzednio do świadczeniodawcy, który wydał pierwsza opinię;
- druga opinia uzyskana na potrzeby cywilnego postępowania sądowego lub zaświadczenia medycznego na potrzeby uzyskania prawa jazdy.

Czy potrzebuję skierowania?
Potrzebne jest pisemne skierowanie od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego. W przypadku domowych usług pielęgniarskich nie jest potrzebne skierowanie.

Rubryka C Informacje

Czy mają Państwo dalsze pytania? Więcej informacji można znaleźć na stronie **zorgenzekerheid.nl**. Można też skontaktować się z personelem naszego Contact Center, dzwoniąc pod numer (071) 5 825 825. Linia ta jest czynna w dni robocze, w godzinach od 8.00 do 18.00. Mogą też Państwo odwiedzić osobiście jeden z naszych oddziałów.

MijnZZ (Moje ZZ)

Ubezpieczeni w Zorg en Zekerheid mają dostęp do usługi MijnZZ. Dzięki tej usłudze można uzyskiwać i (w razie konieczności) zmieniać informacje dotyczące zgłaszania kosztów, ryzyka własnego, danych osobowych i danych dotyczących polisy. Ponadto za pośrednictwem konta MijnZZ lub aplikacji Zorg en Zekerheid można przez internet deklarować rachunki zapłacone za świadczenia. Do konta MijnZZ można się zalogować przy pomocy klucza DigiD na stronie **zorgenzekerheid.nl/mijnzz**.

W jaki sposób otrzymam refundację zapłaconych rachunków?

Zorg en Zekerheid zwraca koszty wyłącznie na podstawie oryginalnych rachunków (a zatem nie na podstawie potwierdzenia płatności kartą i/lub paragonów) lub rachunków wygenerowanych komputerowo i poświadczonych przez świadczeniodawcę.

Rachunki zapłacone za świadczenia można dostarczyć do nas w następujący sposób:

- należy umieścić swój numer klienta (relatienummer) na oryginalnym rachunku i zadeklarować go przez internet za pośrednictwem konta MijnZZ (na stronie **zorgenzekerheid.nl/mijnzz**) lub złożyć swoją deklarację za pomocą **aplikacji do składania deklaracji** Zorg en Zekerheid (którą można pobrać bezpłatnie z App Store lub Google Play Store);
  lub
- należy napisać swój numer klienta (relatienummer) na oryginalnym egzemplarzu rachunku i przesłać go w kopercie po naklejeniu odpowiedniego znaczka pocztowego na adres:

  Zorg en Zekerheid
  T.a.v. de Afdeling Declaraties (Dział deklaracji)
  Postbus 428
  2300 AK LEIDEN

- oryginalne egzemplarze rachunków zatrzymuje Zorg en Zekerheid. Dlatego zaleca się, aby wcześniej wykonać ich kopie do zachowania we własnej dokumentacji;
- Jeśli rachunek został nam przesłany przez internet, jego oryginał należy przechowywać przez co najmniej 3 lata. W tym okresie możemy zwrócić się o przedłożenie rachunków do kontroli;
- termin nadsyłania rachunków mija 31 grudnia trzeciego roku następującego po roku, w którym odbyło się leczenie;
- w przypadku niektórych świadczeń medycznych ubezpieczony winien uprzednio uzyskać na nie zgodę; wykaz takich świadczeń znajduje się w niniejszych warunkach ubezpieczenia, w Rubryce B Zakres ubezpieczenia.

W jaki sposób otrzymam refundację rachunków zapłaconych za granicą?

W przypadku składania deklaracji dotyczących medycznych kosztów poniesionych za granicą, należy oprócz oryginalnych rachunków złożyć również formularz deklaracji. Formularz ten można pobrać ze strony **zorgenzekerheid.nl/brochures** lub uzyskać w oddziale Zorg en Zekerheid. Oryginalny rachunek wraz z deklaracją można przesłać po naklejeniu odpowiedniego znaczka pocztowego na adres:

Zorg en Zekerheid
t.a.v. de Afdeling Declaraties Buitenland (Dział deklaracji zagranicznych)
Postbus 428
2300 AK LEIDEN

Jeden rachunek bankowy IBAN

Na deklaracjach świadczeń do zwrotu nie muszą Państwo podawać swojego numeru rachunku IBAN. Przy wypłacie należności wynikających z deklaracji Zorg en Zekerheid w miarę możliwości korzysta z tego samego rachunku IBAN, co w przypadku egzekucji należności lub płatności składek. Numer tego rachunku IBAN jest podany na Państwa polisie.

Zorg en Zekerheid
zorgverzekeraar

zorgenzekerheid.nl

Postbus 400, 2300 AK Leiden
T. (071) 5 825 825
F. (071) 5 825 011
K.v.K. 28050216
AFM nummer 12001019

ZZ-00056-0121-1.0