

Verzekeringsvoorwaarden ZEKUR 2015

- **Gewoon ZEKUR Zorg**
- **Gewoon ZEKUR Zorg Vrij**
- **Aanvullende verzekeringen**
 - Extra ZEKUR Zorg
 - Aanvullend ZEKUR Tand
 - Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie
 - Aanvullend ZEKUR Buitenland
- **Algemeen Reglement**
- **ZEKUR Doorlopende Reisverzekering**
- **ZEKUR Doorlopende Annuleringsverzekering**

ZEKUR.nl

Veel verzekering voor weinig

2015

Premiebijlage Gewoon ZEKUR Zorg

Premiegrondslag

De premiegrondslag voor Gewoon ZEKUR Zorg 2015 bedraagt € 82,50 per maand.

Korting bij vrijwillig eigen risico

Onderstaand zijn voor de verschillende te kiezen vrijwillig eigen risico-bedragen de maandpremies weergegeven.

Vrijwillig eigen risico	Maandpremie
€ 100,-	€ 78,50
€ 500,-	€ 67,50

The logo for ZEKUR.nl, featuring the text 'ZEKUR.nl' in a bold, white, sans-serif font inside a black rounded rectangular box.

Veel verzekering voor weinig

Welkom bij ZEKUR

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor uw zorgverzekering bij ZEKUR. U kunt voor meer informatie, bijvoorbeeld over declareren of onze (aanvullende) zorgverzekeringen, terecht op ZEKUR.nl.

Mijn Zekur

Via Mijn ZEKUR kunt u onder andere uw polis wijzigen, de stand van uw eigen risico controleren en declaraties indienen. Log in met uw DigiD en ontdek de mogelijkheden op mijnZEKURzorg.nl.

BELANGRIJKE INFORMATIE

Contact

Kijk op [ZEKUR.nl/contact](https://www.zekur.nl/contact) voor onze contactgegevens.

Gecontracteerde zorg

Onze gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op [ZEKUR.nl/zorgvinder](https://www.zekur.nl/zorgvinder).

Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf toestemming van ons nodig hebt? Dit vindt u terug in deze verzekeringsvoorwaarden. Wilt u toestemming aanvragen? Download het toestemmingsformulier op ZEKUR.nl. Dit formulier kunt u printen, invullen en opsturen naar:

ZEKUR

Postbus 25150

5600 RS Eindhoven

Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via mijnZEKURzorg.nl. U kunt veilig inloggen met uw DigiD. Het bedrag dat wij vergoeden ontvangt u binnen 10 werkdagen op uw rekening. Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

ZEKUR

Postbus 25030

5600 RS Eindhoven

Verzekeringsvoorwaarden Gewoon ZEKUR Zorg 2015



Veel verzekering voor weinig

Inhoud

I. Algemeen gedeelte	4
Artikel 1. Verzekerde zorg	4
1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg	4
1.2. Medische noodzaak	4
1.3. Wie mag de zorg verlenen	4
1.4. Vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder	4
1.5. Insturen van nota's	5
1.6. Tijdige zorgverlening	5
1.7. Rechtstreekse betaling	5
1.8. Verrekening van kosten	5
1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming	5
1.10. Ontlenen recht	6
1.11. Uitsluitingen	6
1.12. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen	6
Artikel 2. Algemene bepalingen	7
2.1. Grondslag van de verzekering	7
2.2. Werkgebied	7
2.3. Bijbehorende documenten	7
2.4. Fraude	7
2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens	8
2.6. Mededelingen	8
2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie	9
2.8. Bedenkperiode	9
2.9. Interpretatie	9
2.10. Voorrangsbepaling	9
2.11. Nederlands recht	9
Artikel 3. Premie	9
3.1. Premiegrondslag en premiekortingen	9
3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst	9
3.3. Verschuldigdheid van premie	9
3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten	9
3.5. Verrekening	10
3.6. Niet-tijdig betalen	10
Artikel 4. Overige verplichtingen	11
Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	12
5.1. Wijziging voorwaarden	12
5.2. Opzeggingsrecht	12
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering	12
6.1. Begin en duur	12
6.2. Einde van rechtswege	12
6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?	12
6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?	13
6.5. Bewijs van einde	13
6.6. Verzekering van onverzekerden	13
Artikel 7. Verplicht eigen risico	14
7.1. Hoogte verplicht eigen risico	14
7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?	14
7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet	14
7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico	14
7.5. Berekening verplicht eigen risico	15
Artikel 8. Vrijwillig eigen risico	15
8.1. Varianten vrijwillig eigen risico	15
8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico	15
8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico	15
8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico	15
8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico	15

Artikel 9.	Buitenland	15
9.1.	U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland	15
9.2.	U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is	16
9.3.	Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	16
9.4.	Verwijzing en/of toestemmingsvereiste	16
Artikel 10.	Klachten en geschillen	16
10.1.	Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement	16
10.2.	Klachten over onze formulieren	17
II. Zorgartikelen		18
Geneeskundige zorg		18
Artikel 11.	Huisartsenzorg	18
Artikel 12.	Zorgprogramma's (ketenzorg)	19
Artikel 13.	Verpleging en verzorging	20
Artikel 14.	Verloskundige zorg en kraamzorg	21
Artikel 15.	Medisch specialistische zorg	23
Artikel 16.	Revalidatie	25
Artikel 17.	Erfelijkheidsonderzoek	27
Artikel 18.	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	27
Artikel 19.	Audiologische zorg	28
Artikel 20.	Plastische en/of reconstructieve chirurgie	29
Artikel 21.	Transplantatie van weefsels en organen	30
Artikel 22.	Zintuiglijk gehandicaptenzorg	30
Artikel 23.	Stoppen-met-rokenprogramma	31
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		31
Artikel 24.	Generalistische basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder	31
Artikel 25.	Gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder	32
Paramedische zorg		33
Artikel 26.	Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	33
Artikel 27.	Logopedie	35
Artikel 28.	Ergotherapie	35
Artikel 29.	Dieetadvisering	36
Mondzorg		36
Artikel 30.	Tandheelkundige zorg en kaakchirurgie	36
Artikel 31.	Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	38
Farmaceutische zorg		39
Artikel 32.	Geneesmiddelen	39
Artikel 33.	Dieetpreparaten	41
Hulpmiddelenzorg		42
Artikel 34.	Hulpmiddelen en verbandmiddelen	42
Verblijf in een instelling		44
Artikel 35.	Verblijf	44
Ziekenvervoer		44
Artikel 36.	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	44
Zorgbemiddeling		46
Artikel 37.	Zorgadvies en bemiddeling	46
III. Begripsomschrijvingen		47

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Gewoon ZEKUR Zorg is een naturaverzekering van Univé, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering hebt u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u in welke instelling of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website.

1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Wie mag de zorg verlenen

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder.

Voor enkele vormen van zorg bent u verplicht gebruik te maken van een specifiek voor de Gewoon ZEKUR Zorg gecontracteerde zorgaanbieder. U vindt deze zorg in de artikelen 14.2 (Kraamzorg), 15 (Medisch specialistische zorg), 32 (Geneesmiddelen) en 35 (Verblijf) voor verblijf in verband met medisch specialistische zorg.

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

1.4. Vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden wettelijke Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

Uitzondering:

Gespecialiseerde GGZ en verblijf in verband met gespecialiseerde GGZ zoals omschreven in artikel 25 en 35. Gaat u voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? U ontvangt dan maximaal 75% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de naam en paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar ZEKUR.nl. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, hebt u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, houden wij geen rekening met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen brengen wij later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen vooraf onze toestemming nodig. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. U kunt uw aanvraag dan ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.10. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van uw zorgverzekering plaatsvindt. Als een behandeling in 2 kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.11. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

1.12. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan hebt u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven. Na het sluiten van de zorgverzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

De zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

ZEKUR is een landelijk werkende verzekeraar. Zolang u verzekeringsplichtig bent, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een verzekeringsplichtige die in het buitenland woont, heeft recht op deze verzekering.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Premiebijlage;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP);
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht vrijstelling eigen risico;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
- Zorgstandaarden Diabetes mellitus, COPD en VRM;
- Beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)';
- Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland;
- Reglement farmaceutische zorg;
- Reglement hulpmiddelen;
- Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging;
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard;
- Dynamisch overzicht (psychologische) interventies binnen de GGZ van Zorgverzekeraars Nederland.

U vindt deze documenten op onze website. U kunt de documenten ook via onze klantenservice opvragen.

2.4. Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende (zorg)verzekering(en) kunnen ook worden beëindigd. U kunt in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) (zorg)verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerden-administratie.

Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- voor gegevensuitwisseling met Coöperatie Univé U.A. ten behoeve van marketingactiviteiten voor diensten en producten van Coöperatie Univé U.A. of daaraan gelieerde ondernemingen.

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ U.A. U vindt de gedragscode en de Privacy Verklaring op onze website.

Wij zijn verplicht uw Burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

Wilt u meer informatie, uw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? U kunt hiervoor bij de privacy manager terecht via het e-mailadres op onze website onder het kopje 'privacy'.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen.

E-mail

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Interpretatie

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis bepalend.

2.10. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet voor.

2.11. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een korting die in een collectieve overeenkomst is overeengekomen. De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. U vindt de premiebijlage op onze website.

De premiegrondslag en premiekortingen die voor u gelden, vindt u op uw polisblad.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag.

3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Verschuldigheid van premie

De verzekeringnemer is de premie verschuldigd. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

3.4.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

- 3.4.2.** U betaalt de premie op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen. Voor betaling per acceptgiro brengen wij kosten in rekening. U betaalt dan per acceptgiro € 1,50. Dit zijn administratiekosten die gemaakt worden voor het in stand houden, vervaardigen, aanbieden en verwerken van een acceptgiro. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u per papieren acceptgiro € 1,50.
- 3.4.3.** Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleent u toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig onze opdrachten. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.5. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.6. Niet-tijdig betalen

- 3.6.1.** Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.6.2.** Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
- 3.6.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of kosten, hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.6.4.** Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.6.5.** Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.6.6.** Als u een betalingsachterstand hebt van 2 maandpremies, bieden wij u als verzekeringnemer een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk 10 werkdagen nadat wij deze betalingsachterstand hebben vastgesteld.

Deze betalingsregeling bestaat ten minste uit:

- a. - uw machtiging voor automatische incasso van nieuwe verschuldigde premie, of;
- uw opdracht aan uw werkgever, pensioenfonds, uitkeringsinstantie of een andere derde van wie u periodieke betalingen ontvangt, om namens u als verzekeringnemer de nieuwe verschuldigde premies rechtstreeks aan ons te betalen;
- b. afspraken over de wijze waarop u uw schulden, inclusief rente- en incassokosten, aan ons betaalt en binnen welke termijnen;
- c. onze toezegging dat wij uw zorgverzekering niet beëindigen, schorsen of opschorten zolang u uw machtiging of opdracht tot betaling zoals opgenomen onder a niet intrekt en de afspraken zoals opgenomen in de betalingsregeling nakomt.

Wij geven u 4 weken de tijd om ons aanbod voor een betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies; zie artikel 3.6.8.

Het kan ook zijn dat u iemand anders hebt verzekerd voor een zorgverzekering bij ons. In dat geval nemen wij in ons aanbod voor een betalingsregeling ook een bereidverklaring tot opzegging van deze verzekering op met ingang van de dag waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:

- de verzekerde zich uiterlijk met ingang van dezelfde dag op grond van een andere zorgverzekering heeft verzekerd;
- en de verzekerde de machtiging of opdracht tot betaling zoals omschreven onder a heeft afgegeven als de nieuwe zorgverzekering ook bij ons is gesloten.

Wij sturen deze verzekerde een kopie van alle in dit artikel genoemde stukken op hetzelfde moment dat de stukken aan u als verzekeringnemer worden gestuurd.

- 3.6.7.** a. Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 4 maandpremies, delen wij u mee dat wij u bij het Zorginstituut Nederland zullen aanmelden zoals opgenomen in artikel 3.6.8. Als de zorgverzekering voor een ander is gesloten, informeren wij deze verzekerde.
- b. U of de verzekerde kunt ons uiterlijk binnen 4 weken laten weten het bestaan of de hoogte van de schuld te betwisten. Als wij uw betwisting op tijd hebben ontvangen, stellen wij een onderzoek in. Als wij u meedelen dat wij ons standpunt handhaven, kunt u binnen 4 weken een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijke rechter voorleggen.
- c. Als de betalingsregeling zoals opgenomen in artikel 3.6.6 ingaat nadat er een betalingsachterstand van 4 maandpremies is ontstaan sturen wij u geen mededeling zoals vermeld onder a zolang u de nieuwe premies voldoet.

- 3.6.8.** Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 6 of meer maandpremies, melden wij u aan bij het Zorginstituut Nederland. Na de aanmeldingsbevestiging van het Zorginstituut Nederland bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie aan het Zorginstituut Nederland te betalen. Het Zorginstituut Nederland int deze premie totdat u alle verschuldigde bedragen inclusief rente- en incassokosten hebt betaald.

Wij melden u niet aan bij het Zorginstituut Nederland als:

- a. u de premieachterstand op tijd hebt betwist en wij ons standpunt nog niet aan u hebben meegedeeld;
- b. u binnen 4 weken nadat wij u hebben meegedeeld ons standpunt te handhaven en de premieschuld te melden aan het Zorginstituut Nederland, het geschil hebt voorgelegd aan de SKGZ of burgerlijke rechter en zolang er op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
- c. als u zich hebt aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden hebt gesloten.

Onze verklaring dat wij artikel 18b en het tweede lid van artikel 18c Zorgverzekeringwet in acht hebben genomen, vormt onderdeel van de melding bij het Zorginstituut Nederland.

- 3.6.9.** Wij stellen u en het Zorginstituut Nederland meteen op de hoogte van de datum waarop:
- a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden volledig zijn voldaan of tenietgaan;
- b. de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op u van toepassing heeft verklaard;
- c. u gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin wij deelnemen.

De plicht om de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut Nederland te betalen, eindigt met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de data zoals hierboven vermeld. Vanaf dit moment herleeft uw plicht om de premie aan ons te betalen.

- 3.6.10.** U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 18e Zorgverzekeringwet.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de zorgverzekering;
- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op de verzekerde zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht hebt u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zorgverzekeringswet gestelde regels.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Door een zorgverzekering bij ons aan te vragen, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Bent u verzekeringsplichtig, maar hebt u nog geen BSN? Dan kunt u toch als verzekerde worden ingeschreven.
- 6.1.2. Soms kunnen wij niet uit uw aanvraag afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.
- 6.1.3. Als u al een andere zorgverzekering hebt op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven latere datum.
- 6.1.4. Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. U moet zich dan binnen 1 maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.
- 6.1.5. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, gaat de zorgverzekering in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld

U bent verplicht uw kind binnen 4 maanden na de geboorte te verzekeren, zodat uw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

- 6.1.6. De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Wij zijn niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of voor een verzekeringsplichtige die al verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet.

6.2. Einde van rechtswege

De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet op tijd meedeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, zullen wij deze kosten bij u (terug)vorderen. Als wij vaststellen dat de zorgverzekering is geëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.3.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de zorgverzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als u bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding.

6.3.3. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.1 en 6.3.2 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om de oude zorgverzekering op te zeggen.

6.3.4. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, kunt u uw zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan. U kunt de zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken uw opzegging bevestigen.

6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:

- naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
- of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringplicht is geëindigd, wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het Zorginstituut Nederland op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- a. u kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het Zorginstituut Nederland binnen 2 weken aantoont dat u al een zorgverzekering hebt gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het Zorginstituut Nederland u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- b. wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringplichtig bent;
- c. u kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzeggingsmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 375 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

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

- huisartsenzorg.
Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;
- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)'. Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);
- verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 13;
- verloskundige zorg en kraamzorg.
Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, prenatale diagnostiek of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;
- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg.
Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico;
- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het leveren van drinkvoeding (dieetpreparaten), voor zover zij de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen leveren zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg;
- hulpmiddelen in bruikleen;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 21, Transplantatie van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 21, Transplantatie van weefsels en organen;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie staat in het Overzicht vrijstelling eigen risico. U vindt dit overzicht op onze website.

Bijzonder bij Gewoon ZEKUR Zorg is dat de kosten van de anticonceptiepil geleverd door een specifiek voor Gewoon ZEKUR Zorg gecontracteerde zorgaanbieder voor verzekerden tot 21 jaar buiten het verplicht eigen risico vallen. Zie voor meer informatie ZEKUR.nl.

7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, berekenen wij het eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 375 x 30 gedeeld door 365 is € 30,82 en wordt afgerond op € 31.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, en € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening.

Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar bestaat uit 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 375 x 30 gedeeld door 365 is € 30,82 en wordt afgerond op € 31. Het totale eigen risico bedraagt € 39 (€ 31 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

- 8.3.2. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:
- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
 - de som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
 - de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk of via ZEKUR.nl doorgeven.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, hebt u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. De EHIC is ook geldig als u naar Australië gaat. In Australië hebt u hiermee recht op spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
 - vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.
-

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

10.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
 - Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
 - Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.
-

10.1.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

10.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

10.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

II. Zorgartikelen

GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 11. Huisartsenzorg

Omschrijving

U hebt recht op:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken, preconceptiezorg (kinderwensconsult) en voetzorg als u diabetes mellitus type 1 of 2 hebt.

Onder begeleiding bij het stoppen met roken verstaan wij:

- korte behandelingen, zoals eenmalige korte stopadviezen;
- intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel).

Onder preconceptiezorg (kinderwensconsult) verstaan wij:

- adviezen over gezonde voeding;
- advies over inname van foliumzuur;
- advies over inname van vitamine D;
- adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
- adviezen over geneesmiddelengebruik;
- adviezen over behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
- adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
- het opsporen van risico's aan de hand van uw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling als u (nog) niet zwanger bent.

Onder de genoemde voetzorg bij diabetes mellitus verstaan wij:

- jaarlijkse voetcontrole die bestaat uit een anamnese, een risico-inventarisatie en het vaststellen van de Simm's classificatie;
- vanaf zorgprofiel 1: advisering over adequaat schoeisel, voetverzorgingsadviezen en advies in omgaan met belasting en belastbaarheid;
- vanaf zorgprofiel 2: meer frequent gericht voetonderzoek, controles en inzet van diagnostiek, behandeling van huid- en nagelproblemen, voetvorm- en standsafwijkingen of andere risicofactoren.

Deze voetzorg omvat geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

De vermelde Simm's classificatie en zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voet-ulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetzorg die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De Zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u hebt.

Voetzorg als onderdeel van een zorgprogramma

Hebt u diabetes mellitus type 2 en ontvangt u hiervoor voetzorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12? In dat geval hebt u geen recht op de in dit artikel omschreven voetzorg.

2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover wij met uw huisarts afspraken hebben gemaakt. Voorbeelden van deze zorg zijn:
 - (kleine) chirurgische verrichtingen;
 - ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
 - longfunctiemeting (spirometrie);
 - dopplersonderzoek (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders);
 - MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus);
 - audiometrie (onderzoek van het gehoor);
 - het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Bent u 21 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel;
 - het inspuiten van spataderen (varices sclerosering);
 - therapeutische injecties.

Wie mag de zorg verlenen

Huisarts of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, maatschappelijk werker, nurse practitioner (NP), physician assistent (PA) of praktijkondersteuner (GGZ).

Voor de in dit artikel genoemde voetzorg mag u naar een podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Levert de podotherapeut (een deel van) de voetzorg niet zelf? Dan mag de voetzorg worden verleend door een medisch pedicure of pedicure met een aantekening Diabetische voet die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister voor de pedicure (KRP) van ProCert, als deze samenwerkt met de podotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Ook de samenwerkingsverbanden tussen podotherapeuten en pedicures vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de voetzorg worden verleend

De voetzorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Voor het recht op :

1. voetzorg als onderdeel van het zorgprogramma diabetes mellitus type 2, zie artikel 12, Zorgprogramma's;
2. medisch specialistische zorg, zie artikel 15, Medisch specialistische zorg.

ZEKUR Gezondheidslijn

Hebt u een vraag over uw gezondheid, dan kunt u daarvoor terecht bij uw huisarts, maar u kunt ook de ZEKUR Gezondheidslijn bellen. De ZEKUR Gezondheidslijn is een medische advieslijn. U overlegt telefonisch met een ervaren verpleegkundige. Met behulp van een aantal gerichte vragen bepaalt deze verpleegkundige de ernst van uw klachten en geeft u vervolgens een advies. Dit gebeurt eventueel in samenspraak met een huisarts. Dit advies kan variëren van een zelfzorgadvies ('u kunt het beste een paracetamol nemen') tot 'ga direct naar de huisarts'. De ZEKUR Gezondheidslijn is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor gezondheidsadvies. Kijk voor het telefoonnummer op onze website.

Artikel 12. Zorgprogramma's (ketenzorg)

Omschrijving

U hebt recht op een van de volgende zorgprogramma's (ketenzorg):

1. diabetes mellitus type 2 (DM type 2);
2. vasculair risicomangement (VRM; dit is het managen van (risico's op) hart- en vaatziekten);
3. chronisch obstructieve longziekte (COPD; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem).

Alle zorgonderdelen van het zorgprogramma moeten voldoen aan de zorgstandaard Diabetes mellitus, COPD of VRM. U vindt de zorgstandaarden op onze website.

De zorgprogramma's worden bekostigd volgens de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)'.

Zorgprogramma's (ketenzorg)

Zorgprogramma's zijn speciaal ontwikkeld om de zorg voor chronisch zieken kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren in een regio. De zorgaanbieders werken nauw met elkaar samen in een zorggroep zodat de zorg die u nodig hebt beter op elkaar is afgestemd. Voor het zorgprogramma geldt een integraal tarief waarmee alle zorg binnen het programma wordt bekostigd. Daarom kunt u voor de zorg binnen het zorgprogramma alleen terecht bij zorgaanbieders die zijn aangesloten bij de door ons gecontracteerde zorggroep.

Zorggroep

De zorggroep is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders met verschillende disciplines onder leiding van een huisarts die samen de ketenzorg leveren. Naast de huisarts wordt ook zorg geleverd door bijvoorbeeld een verpleegkundige, praktijkondersteuner, diëtist, podotherapeut of pedicure.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorggroep. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorggroepen vindt u op onze website. U kunt ook informeren bij de huisartsenpraktijk naar de mogelijke zorgprogramma's en bij welke zorggroep u hiervoor terecht kunt.

Gaat u voor een van de genoemde zorgprogramma's naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van een zorgprogramma? Dan hebt u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (artikel 11) en dieetadvisering (artikel 29).

Bijzonderheden

Medisch specialistische zorg valt niet onder het zorgprogramma (de ketenzorg). Voor het recht op deze zorg, zie artikel 15, Medisch specialistische zorg.

Artikel 13. Verpleging en verzorging

Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of;
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Persoonsgebonden budget (PGB)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een PGB. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

medisch specialist:

- voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar;
- voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Bijzonderheden

1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.

2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen.

Artikel 14. Verloskundige zorg en kraamzorg

14.1. Verloskundige zorg

Omschrijving

U hebt recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- preconceptiezorg (kinderwensconsult):
als u een kindwens hebt, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- counseling:
als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, hebt u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo;
- de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie hebt. Voor het recht op een NIPT of invasieve diagnostiek wordt onder medische indicatie ook verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een kind met een chromosoom afwijking;
- twintig-weeken echo (SEO):
met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

De combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

Als u vanwege uw medische geschiedenis een verhoogd risico hebt op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), hebt u recht op de diagnostiek.

Als u geen medische indicatie hebt, kunt u voor eigen rekening een combinatietest ondergaan.

Blijkt uit deze combinatietest dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoom afwijking? Dan hebt u recht op een NIPT en invasieve diagnostiek.

Wie mag de zorg verlenen

Verloskundige of huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde.

De combinatietest en de twintig-weeken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning volgens de WBO nodig om het onderzoek uit te voeren. Voor de NIPT kunt u terecht in een universitair centrum en voor de invasieve diagnostiek in een centrum voor prenatale diagnostiek.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bijzonderheden

Voor het recht op verloskundige zorg verleend door een gynaecoloog, zie artikel 15, Medisch specialistische zorg.

14.2. Kraamzorg

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Wie mag de zorg verlenen

Gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige.

Let op

Wij hebben voor kraamzorg thuis met een select aantal zorgaanbieders contracten gesloten. Op ZEKUR.nl/zorgvinder vindt u informatie hoe u zich kunt aanmelden voor kraamzorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij specifiek voor Gewoon ZEKUR Zorg voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen.

Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 4,15 per uur voor kraamzorg thuis of in een geboortecentrum;
- € 16,50 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een door ons gecontracteerd geboortecentrum of in een ziekenhuis, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief dat het door ons gecontracteerde geboortecentrum of het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 117,50 per dag voor zowel moeder als kind.

Bijzonderheden

1. Wij stellen het aantal kraamzorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP). U hebt recht op ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. Het kraamcentrum indiceert de benodigde uren. U vindt dit protocol op onze website.
2. Voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengen wij het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering op het aantal geïndiceerde kraamzorguren.
3. Als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan hebt u ook op deze dubbele dag recht op kraamzorg.

Let op

Vraag kraamzorg ten minste 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via onze website. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt.

Op welke verloskundige zorg en kraamzorg hebt u recht?

Omschrijving	Opgenomen in uw zorgverzekering?
Bevalling en kraamzorg thuis	
Bevalling thuis	Ja. Voor de assistentie door de kraamverzorgende bij de bevalling thuis (partusassistentie) geldt een eigen bijdrage van € 4,15 per uur.
Kraamzorg thuis	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,15 per uur.
Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum	
Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum	Ja
Kraamzorg in een (door ons gecontracteerd) geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,15 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Ja. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.

Omschrijving	Opgenomen in uw zorgverzekering?
Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum	
Bevalling zonder medische noodzaak voor verblijf in een door ons gecontracteerd geboortecentrum	Ja. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 202 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: - Maximale vergoeding is 2 x € 117,50: € 235 per dag - Af: eigen bijdrage is 2 x € 16,50: € 33 per dag € 202 per dag
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het door ons gecontracteerde geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 202 per dag moet u zelf bijbetalen.
Kraamzorg in (een door ons gecontracteerd) geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,15 per uur.

Medische noodzaak

Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Let op: kosten van verblijf worden alleen vergoed als u bevalt in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum.

Het bedrag dat voor uw eigen rekening komt, krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder verstaan wij eenmalige korte stopadviezen.

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- tot 1 januari 2016 behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor gevonden kan worden) met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 januari 2017 behandeling van therapieresistente hypertensie (verhoogde bloeddruk) met toepassing van percutane renale denervatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 januari 2017 behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie als u deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)' of als u deelneemt aan observationeel onderzoek naar deze zorg zoals hieronder vermeld;
- tot 1 januari 2018 behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 januari 2018 verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;

- aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
 1. wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

De Minister van VWS heeft de mogelijkheid om tussentijds zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. U ontvangt hierover van ons informatie.

U hebt geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op circumcisie;
- e. behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- f. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar hebt bereikt.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysisch audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant.

Let op

Wij sluiten voor medisch specialistische zorg met een select aantal zorgaanbieders contracten. Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij specifiek voor Gewoon ZEKUR Zorg een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op ZEKUR.nl/zorgvinder.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij specifiek voor Gewoon ZEKUR Zorg voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg hebben wij zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria. Dat geldt met name voor:

1. (kijk)operatie en combinatiebehandeling (operatie en chemotherapie) in verband met:
 - alveesklierkanker;
 - blaaskanker;
 - borstkanker;
 - dikke darmkanker;
 - endeldarmkanker;
 - longkanker;
 - maagkanker;
 - prostaatcancer;
 - slokdarmkanker;
2. bariatrische chirurgie;
3. coloscopie (inwendig darmonderzoek) dat wordt uitgevoerd nadat u hebt meegedaan aan het bevolkingsonderzoek darmkanker en een uitnodiging hebt ontvangen voor verder vervolgonderzoek.

Voor uw recht op deze zorg mag u naar een zorgaanbieder die een contract heeft met Univé. U vindt deze zorgaanbieders op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor deze zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Als u wordt doorverwezen door een medisch specialist die voor Gewoon ZEKUR Zorg is gecontracteerd naar een andere medisch specialist die gecontracteerd is voor Univé, hebt u ook recht op zorg. Nadere uitleg vindt u op ZEKUR.nl/zorgvinder.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg hebt u vooraf toestemming nodig?

U hebt voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden.

Oogheelkunde: refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglidcorrecties.

KNO-heelkunde: oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.

Heelkunde: gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.

Dermatologie: Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming hebt gevraagd.

Let op

Voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard hebt u altijd vooraf toestemming nodig. Kijk hiervoor in artikel 20, Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

Bijzonderheden

1. De apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten vallen onder hulpmiddelen-zorg, zie artikel 34, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
3. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
4. Voor het recht op:
 - medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg;
 - zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 25, Gespecialiseerde GGZ;
 - mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 30, Tandheelkundige zorg en kaakchirurgie.

Artikel 16. Revalidatie

16.1. Revalidatie

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- de quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;

- oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatie-arts worden uitgevoerd.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

16.2. Geriatrische revalidatie

Omschrijving

Uw recht op geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. U hebt maximaal 6 maanden recht op geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

U hebt alleen recht op deze zorg als:

1. de zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 35, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;
2. u een acute aandoening hebt waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening hebt ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;
3. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die een medisch-specialistische behandeling ondergaan. Bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstel mogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is om hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven deelnemen.

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 17. Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Wie mag de zorg verlenen

Centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 18. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

18.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Als u bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden voor rekening van uw zorgverzekering. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan hebt u alleen recht op de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

Onder een gerealiseerde zwangerschap verstaan wij een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, behoort het terugplaatsen daarvan niet meer tot dezelfde poging.

Wanneer hebt u opnieuw recht op 3 IVF-pogingen?

Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op 3 pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit (onvruchtbaarheid). Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van 3 pogingen, als er sprake is van gezamenlijke infertiliteit.

Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. U hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie.

IVF in het buitenland

Of u in aanmerking komt voor IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden. Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

18.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Bent u een vrouw van 43 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op fertiliteitsbevorderende behandelingen.

Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog of uroloog.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 19. Audiologische zorg

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

Het recht op gehoorapparatuur is geregeld in artikel 34, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Artikel 20. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

U hebt geen recht op:

- a. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Informatie over behandelingen van plastisch-chirurgische aard

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u meer informatie over deze zorg. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 21. Transplantatie van weefsels en organen

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan hebt u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de preserving, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten vergoeden wij niet.

Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, komen de kosten van vervoer bedoeld onder e en f voor rekening van de zorgverzekering van de donor.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 22. Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Omschrijving

U hebt recht op zintuiglijk gehandicaptenzorg. Onder deze zorg wordt verstaan multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Wie mag de zorg verlenen

Instelling die zich toelegt op de behandeling van zintuiglijk gehandicapten en waar de behandeling plaatsvindt door een multidisciplinair team.

Zorg in verband met een visuele beperking: eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan is de oogarts of de gezondheidszorgpsycholoog. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de klinisch fysicus of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a van het Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de zintuiglijk gehandicaptenzorg worden gesteld.

Zorg in verband met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis: eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg is de gezondheidszorgpsycholoog. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de orthopedagoog of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de zintuiglijk gehandicaptenzorg worden gesteld.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Medisch specialist of huisarts. Verwijzing voor zorg in verband met een auditieve of communicatieve beperking mag ook plaatsvinden door een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum.

Artikel 23. Stoppen-met-rokenprogramma

Omschrijving

U hebt recht op zorg volgens het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma houdt in: de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg. Ook hebt u recht op geneesmiddelen als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering. U kunt het programma volgen in een groep of individueel. Het doel van het programma is dat u stopt met roken. U kunt maximaal 1 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

Wie mag de zorg verlenen

Zorgaanbieders die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

De geneesmiddelen mogen alleen worden geleverd door de Nationale Apotheek. Meer informatie over de Nationale Apotheek vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Of gaat u voor de geneesmiddelen naar een apotheker of apothekhoudend huisarts waarmee wij voor deze geneesmiddelen geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Dyslexiezorg en geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen jonger dan 18 jaar

Vanaf 1 januari 2015 valt dyslexiezorg en geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen jonger dan 18 jaar onder de Jeugdwet. Het college van de gemeente waar de jeugdige woont, is verantwoordelijk voor deze zorg. Het college is er verantwoordelijk voor dat de jeugdige de jeugdhulp die al is begonnen op 1 januari 2015 kan voortzetten bij dezelfde zorgaanbieder, als dit redelijkerwijs mogelijk is.

Artikel 24. Generalistische basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op generalistische basis GGZ zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen. Samen met uw behandelaar maakt u een behandelplan waarin u afspreekt welke zorg u nodig hebt en hoe lang de zorg gaat duren. Uw behandelaar stelt vervolgens vast op welke zorg u recht hebt:

1. Basis GGZ Kort (BK);
2. Basis GGZ Middel (BM);
3. Basis GGZ Intensief (BI);
4. Basis GGZ Chronisch (BC).

U hebt geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;

- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- intelligentieonderzoek;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. In het Dynamisch overzicht (psychologische) interventies binnen de GGZ van Zorgverzekeraars Nederland vindt u de interventies die wel, niet, of specifiek voor een bepaalde stoornis voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit overzicht vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Hoofdbehandelaar GGZ: psychiater, klinisch (neuro) psycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater, gezondheidszorgpsycholoog of verpleegkundig specialist GGZ. De verpleegkundig specialist GGZ mag alleen Basis GGZ Chronisch (BC) verlenen en is werkzaam in een zorggroep. Medebehandelaar GGZ: onder eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een medebehandelaar. Een medebehandelaar moet een beroep uitoefenen zoals vermeld in de DBC-beroepentabel GGZ die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of specialist ouderengeneeskunde.

Artikel 25. Gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandelplan te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw behandelaar. Uw behandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. U kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

U hebt geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. In het Dynamisch overzicht (psychologische) interventies binnen de GGZ van Zorgverzekeraars Nederland vindt u de interventies die wel, niet, of specifiek voor een bepaalde stoornis voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit overzicht vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Hoofdbehandelaar GGZ: psychiater, klinisch (neuro) psycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater of verpleegkundig specialist GGZ. De zorg in de GGZ-instelling wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg.

Medebehandelaar GGZ: onder eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een medebehandelaar. Een medebehandelaar moet een beroep uitoefenen zoals vermeld in de DBC-beroepentabel GGZ die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten. Een psychiater die een behandeltraject na verwijzing van de huisarts is gestart, kan op basis van deze verwijzing doorverwijzen. De huisarts wordt hiervan op de hoogte gesteld. Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en bent u 18 jaar geworden, dan hebt u een nieuwe verwijzing nodig.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 26. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar:

- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst;
- hebt u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan hebt u per kalenderjaar recht op maximaal 9 behandelingen per aandoening. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, hebt u nog recht op maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening. In totaal hebt u in dit geval dus recht op maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder:

- u hebt recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

In het schema hieronder vindt u op hoeveel zorg u recht hebt:

Omschrijving	Jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen.	9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)
Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen Let op: voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt	volledig	vanaf 21e behandeling
Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen.	geen vergoeding

Wie mag de zorg verlenen

Fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kindersfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut. Oedeemtherapie mag ook worden verleend door een huidtherapeut.

De geriatrisch fysiotherapeut, kindersfysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U hebt een verklaring nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist waaruit blijkt dat u behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze Lijst. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of reïntegratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Artikel 27. Logopedie

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De Hanen Ouder cursus valt ook onder deze zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Logopedist.

Voor de meeste logopedische behandelingen is geen aanvullende specialisatie vereist.

De zorg die alleen mag worden verleend door een gespecialiseerde logopedist is:

- een specifieke (individuele) zitting voor patiënten met de indicatie stotteren, de indicatie preverbale logopedie en/of de indicatie afasie;
- behandeling volgens het Hanen-Ouderprogramma, of;
- de Groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren (IZS).

Stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van de logopedist of stottertherapeut of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

Artikel 28. Ergotherapie

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, tot maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

Ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Artikel 29. Dieetadvisering

Omschrijving

Uw recht op dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar.

Dieetadvisering als onderdeel van een zorgprogramma

Wanneer u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of een verhoogd vasculair risico hebt en u ontvangt hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12, dan wordt de dieetadvisering voor deze of gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd.

Wie mag de zorg verlenen

Diëtist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

MONDZORG

Artikel 30. Tandheelkundige zorg en kaakchirurgie

30.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Als u jonger bent dan 18 jaar, hebt u recht op zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op dit onderzoek;
2. incidenteel consult;
3. tandsteen verwijderen;
4. fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit; 2 keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op deze behandeling;
5. sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);
6. behandeling van het tandvlees (parodontale hulp);
7. verdoving (anesthesie);
8. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
9. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
10. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
11. volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);
12. kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken;
13. chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten. U hebt alleen recht op het aanbrengen van implantaten voor de zorg omschreven onder omschrijving, punt 12;
14. röntgenonderzoek. U hebt geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugd tandverzorging.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig als het gaat om kronen, bruggen en implantaten zoals omschreven onder omschrijving, punt 12. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

30.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

U hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt. U hebt ook recht op het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

U hebt alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is.

Let op

Het ontbreken van enkele blijvende tanden of kiezen door een aanlegstoornis komt regelmatig voor. U hebt recht op bijzondere tandheelkunde als bij u ten minste 6 tanden en kiezen in aanleg ontbreken (verstandskiezen tellen niet mee).

Gebitsprothese op implantaten

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staaftje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Als u een niet-uitneembare of geschroefde brug of prothese wilt op implantaten in plaats van een uitneembaar kunstgebit, dan vergoeden wij de kosten hiervan niet.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, orthodontist of kaakchirurg. Een Centrum voor bijzondere tandheelkunde is een centrum verbonden aan een ziekenhuis of universiteit voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Voor een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) in het kader van de bijzondere tandheelkunde bent u een wettelijke bijdrage verschuldigd van € 125 per kaak. Deze eigen bijdrage geldt ook voor een gebitsprothese gemaakt voor implantaten.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

30.3. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U hebt geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties.

Wie mag de zorg verlenen

Kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Artikel 31. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of tandprotheticus.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten. U bent geen eigen bijdrage verschuldigd voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig:

1. Als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese hoger zijn dan:
 - € 675 voor een boven- of onderkaak;
 - € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen.
2. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen.

De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Eigen bijdrage gebitsprothese

U hebt recht op een gebitsprothese (kunstgebit) voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering hebt.

U hebt recht op een implantaat voor een kunstgebit als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Kijk hiervoor in artikel 30.2. U betaalt in dit geval een eigen bijdrage van € 125 per kaak in plaats van een eigen bijdrage van 25% van de kosten.

Let op: naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 32. Geneesmiddelen

Omschrijving

Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;
- begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij voorkeursgeneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u recht op levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Voorkeursgeneesmiddelen (preferente geneesmiddelen)

Wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als voorkeursgeneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen met specifieke toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en specifieke toedieningsweg niet, hebt u aanspraak op de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u geen gebruik van voorkeursgeneesmiddelen, dan vergoeden wij deze in principe niet. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het voorkeursmiddel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel.

Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie. U vindt de lijst met aangewezen geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website.

Voorkeursbeleid geneesmiddelen (preferentiebeleid)

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursgeneesmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Het verplicht en vrijwillig eigen risico geldt niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, de begeleiding bij nieuwe medicatie of een inhalatie instructie, niet zijn vrijgesteld van het eigen risico.

Zelfzorgmiddelen

U hebt recht op zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabriekantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Let op

Wij sluiten voor geneesmiddelen op herhalingsrecept en de anticonceptiepil met een select aantal zorgaanbieders contracten. U vindt deze zorgaanbieder(s) op ZEKUR.nl/zorgvinder. Ook vindt u hier een lijst van geneesmiddelen die niet (kunnen) worden geleverd door een voor Gewoon ZEKUR Zorg gecontracteerde zorgaanbieder. Als het betreffende geneesmiddel niet door de voor Gewoon ZEKUR Zorg gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, kan het geneesmiddel door een andere apotheker of apotheekhoudend huisarts worden geleverd, met wie Univé een contract heeft gesloten. Kijk voor meer informatie op ZEKUR.nl/zorgvinder.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij specifiek voor Gewoon ZEKUR Zorg voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Als u moet bijbetalen voor een medicijn, telt deze eigen bijdrage niet mee voor uw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op onze website. U kunt voor informatie ook terecht bij uw apotheker.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 hebt u vooraf onze toestemming nodig. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met deze geneesmiddelen tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie. Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan vooraf toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

Bijzonderheden

1. U hebt geen recht op:
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - farmaceutische zorg met betrekking tot een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
 - voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
 - advies farmaceutische zelfzorg;
 - advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
 - advies ziekterisico bij reizen;
 - preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet door de minister van VWS is aangewezen;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
2. Geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 5 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.
3. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, dagbehandeling of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Anticonceptiemiddelen

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Bij Gewoon ZEKUR Zorg vallen de kosten van de anticonceptiepil geleverd door een specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder voor verzekerden tot 21 jaar buiten het verplicht eigen risico. De kosten voor de dienstverlening van de apotheek vallen wel onder het eigen risico.

Bent u 21 jaar of ouder? U hebt alleen recht op anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede).

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implantaat door de huisarts of medisch specialist.

Als u geen recht hebt op vergoeding uit Gewoon ZEKUR Zorg, krijgt u de kosten van het anticonceptiemiddel en de eventuele eigen bijdrage mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Artikel 33. Dieetpreparaten

Omschrijving

U hebt recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

U hebt alleen recht op deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- b. lijdt aan een voedselallergie;
- c. lijdt aan een resorptiestoornis;
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- e. daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroeps-groepen zijn aanvaard.

Voorkeursdrinkvoeding (voorkeursproducten)

Wij kunnen voor enkele groepen drinkvoeding waarop u recht hebt op basis van dit artikel, voorkeursproducten selecteren. Er is dan voorkeur voor lager geprijsde drinkvoeding (van een bepaalde fabrikant en/of een bepaald merk).

U vindt de door ons geselecteerde drinkvoeding in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met geselecteerde drinkvoedingen (voorkeursproducten) op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

Uw voordeel

Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder en gebruikt u de door ons geselecteerde voorkeurs drinkvoeding, dan hebt u een voordeel. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden dan namelijk niet. U kunt ook kiezen voor andere drinkvoeding, die niet als voorkeursdrinkvoeding is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

Wie mag de dieetpreparaten leveren

Apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij Linde Homecare en Mediq Tefa.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op: gaat u voor sondevoeding naar een andere (zorg)aanbieder dan Linde Homecare of Mediq Tefa? Dan hebt u geen recht op vergoeding.

Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan uw behandelend arts of diëtist een Verklaring dieetpreparaten van onze website downloaden en invullen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan de door uw arts of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten inleveren. Uw zorgaanbieder beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw zorgaanbieder wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de Verklaring dieetpreparaten rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op dieetproducten.

Dieetproducten (geen vergoeding)

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten vergoeden wij niet.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 34. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Omschrijving

U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of u vooraf onze toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten, kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

IncontinentieZorgService voor vrouwen

Met deze service kunt u, onder begeleiding van een continëntieverpleegkundige, eenvoudig en in korte tijd zelf een belangrijke stap zetten naar een mogelijke oplossing voor ongewild urineverlies. Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen. De digitale vragenlijst vindt u op: www.incontinentiezorgservice.nl. Vervolgens kunt u gebruikmaken van persoonlijke begeleiding door een continëntieverpleegkundige. De zorg wordt aan huis geleverd.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een bruikleenhulpmiddel? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij zouden hebben betaald voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig hebt. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

U hebt voor de eerste aanschaf van een hulpmiddel of verbandmiddel altijd vooraf onze toestemming nodig. Wij beoordelen of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Hierbij beoordelen wij of u bent aangewezen op het hulpmiddel of verbandmiddel. Ook bekijken wij of het hulpmiddel doelmatig is en niet onnodig kostbaar. U vindt in het Reglement hulpmiddelen per hulpmiddel of u voor vervanging of reparatie van het hulpmiddel ook voorafgaande toestemming nodig hebt.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Uw zorgaanbieder beoordeelt voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige hulpmiddelen is afgesproken dat wij de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder uw aanvraag naar ons door.

Als u om privacyoverwegingen niet wilt dat de zorgaanbieder uw aanvraag beoordeelt, kunt u ons de aanvraag ook rechtstreeks sturen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten?

U moet ons dan zelf voorafgaande toestemming vragen. Wilt u bij de aanvraag de offerte van het hulpmiddel en de toelichting van de voorschrijver meesturen?

Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen.

Bijzonderheden

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen hebt ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 35. Verblijf

Omschrijving

U hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg, verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, gespecialiseerde GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Als u op 31 december 2014 een zorgzwaartepakket B GGZ hebt in de AWBZ, wordt het verblijf vanaf 1 januari 2015 niet vergoed vanuit de zorgverzekering maar vanuit de Wlz.

Waar mag het verblijf plaatsvinden

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling, in een revalidatie-instelling of op een locatie waar de zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts plaatsvindt die voldoen aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) deze stelt aan een instelling. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Let op:

Voor verblijf in verband met medisch specialistische zorg sluiten wij met een select aantal zorgaanbieders contracten.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij specifiek voor Gewoon ZEKUR Zorg een contract hebben gesloten voor medisch specialistische zorg en het medisch noodzakelijke verblijf? U vindt deze informatie op ZEKUR.nl/zorgvinder.

Gaat u naar een instelling waarmee wij voor Gewoon ZEKUR Zorg voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Als u wordt doorverwezen door een medisch specialist die voor Gewoon ZEKUR Zorg is gecontracteerd naar een andere medisch specialist die gecontracteerd is voor Univé, hebt u ook recht op zorg. Nadere uitleg vindt u op ZEKUR.nl/zorgvinder.

Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg.

Bijzonderheden

Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen) bedoeld in dit artikel onder omschrijving. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar.

ZIEKENVERVOER

Artikel 36. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

Omschrijving

U hebt recht op:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
 - b. naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
 - c. vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 1b, naar:
 - een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
 - een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;

- d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a, b of c;
2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.
- U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:
- a. u moet nierdialyses ondergaan;
 - b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
 - c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
 - d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

Wanneer komt u in aanmerking voor zittend ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?

Uw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat u niet in staat bent om met openbaar vervoer te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door uw visus (gezichtsscherpte) en door uw gezichtsveld. U hebt recht op zittend ziekenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer u een gezichtsveldbeperking hebt van minder dan 20 graden. Het kan ook voorkomen dat u een combinatie hebt van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om uw recht op vervoer te kunnen beoordelen.

-
- e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer (km). Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Wie mag het ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer verzorgen

1. Ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Zittend ziekenvervoer:
 - taxivervoerder;
 - openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;
 - eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,31 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Maakt u gebruik van een ambulance- of taxivervoerder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 97 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. U hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer. U kunt deze toestemming met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer aanvragen. Dit formulier vindt u op onze website.

Bijzonderheden

1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.

ZORGBEMIDDELING**Artikel 37. Zorgadvies en bemiddeling****Omschrijving**

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de zorgverzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, mag u gebruikmaken van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

III. Begripsomschrijvingen

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

Eigen bijdrage: een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op (vergoeding van de kosten van) zorg, dat u zelf moet betalen voordat u recht hebt op (vergoeding van de kosten van) het resterende deel van de zorg.

Eigen risico:

1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat voor u zelf moet betalen;
2. vrijwillig eigen risico: een door u als verzekeringnemer met de zorgverzekeraar als onderdeel van de zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat u zelf moet betalen.

Europese Unie en EER-lidstaat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechoë, het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

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

Geboortecentrum: eerstelijns geboortecentrum voor het faciliteren van natale zorg (zorg tijdens de bevalling) en post-natale zorg (zorg gedurende de eerste 10 dagen na de bevalling), waarvan het beheer en de exploitatie wordt uitgevoerd door aanbieders van eerstelijns geboortezorg. Het beheer en exploitatie van het eerstelijns geboortecentrum kan ook worden uitgevoerd door zorgaanbieders anders dan eerstelijns verloskundigen, zoals kraamzorginstanties.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instelling: instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening en als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Schriftelijk: waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Univé: de zorgverzekeraar.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaap-Verdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verzekerde: degene voor wie het risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad van de zorgverzekeraar staat.

Verzekeringnemer: degene die met de zorgverzekeraar een zorgverzekering heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Verzekeringsplichtige: degene die op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Verzekeringsvoorwaarden Gewoon ZEKUR Zorg / verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van de zorgverzekeraar, variant restitutie.

Wlz: Wet langdurige zorg.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg: zorg of overige diensten.

Zorgpolis: de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd. De zorgpolis bestaat uit een polisblad en deze verzekeringsvoorwaarden.

Zorgverzekeraar, de/Univé: N.V. Univé Zorg, statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 37112407. N.V. Univé Zorg is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000665. N.V. Univé Zorg is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt N.V. Univé Zorg aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

Verzekeringsvoorwaarden Gewoon ZEKUR Zorg Vrij 2015



Veel verzekering voor weinig

Premiebijlage Gewoon ZEKUR Zorg Vrij

Premiegrondslag

De premiegrondslag voor Gewoon ZEKUR Zorg Vrij 2015 bedraagt € 112,- per maand.

Korting bij vrijwillig eigen risico

Onderstaand zijn voor de verschillende te kiezen vrijwillig eigen risico-bedragen de maandpremies weergegeven.

Vrijwillig eigen risico	Maandpremie
€ 100,-	€ 109,-
€ 200,-	€ 106,-
€ 300,-	€ 103,-
€ 400,-	€ 100,-
€ 500,-	€ 94,50

The logo for ZEKUR.nl, featuring the text 'ZEKUR.nl' in a bold, white, sans-serif font inside a black rounded rectangular box.

Veel verzekering voor weinig

Inhoud

I. Algemeen gedeelte	4
Artikel 1. Verzekerde zorg	4
1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg	4
1.2. Medische noodzaak	4
1.3. Wie mag de zorg verlenen	4
1.4. Vergoeding voor zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder	4
1.5. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder	4
1.6. Insturen van nota's	4
1.7. Rechtstreekse betaling	5
1.8. Verrekening van kosten	5
1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming	5
1.10. Ontlenen recht	5
1.11. Uitsluitingen	5
1.12. Recht op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen	6
Artikel 2. Algemene bepalingen	6
2.1. Grondslag van de verzekering	6
2.2. Werkgebied	6
2.3. Bijbehorende documenten	6
2.4. Fraude	7
2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens	7
2.6. Mededelingen	8
2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie	8
2.8. Bedenkperiode	8
2.9. Interpretatie	8
2.10. Voorrangsbepaling	8
2.11. Nederlands recht	8
Artikel 3. Premie	9
3.1. Premiegrondslag en premiekortingen	9
3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst	9
3.3. Verschuldigdheid van premie	9
3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten	9
3.5. Verrekening	9
3.6. Niet-tijdig betalen	9
Artikel 4. Overige verplichtingen	11
Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	11
5.1. Wijziging voorwaarden	11
5.2. Opzeggingsrecht	11
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering	11
6.1. Begin en duur	11
6.2. Einde van rechtswege	12
6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?	12
6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?	12
6.5. Bewijs van einde	13
6.6. Verzekering van onverzekerden	13
Artikel 7. Verplicht eigen risico	13
7.1. Hoogte verplicht eigen risico	13
7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?	13
7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet	14
7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico	14
7.5. Berekening verplicht eigen risico	14
Artikel 8. Vrijwillig eigen risico	14
8.1. Varianten vrijwillig eigen risico	14
8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico	14
8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico	14
8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico	14
8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico	15

Artikel 9.	Buitenland	15
9.1.	U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland	15
9.2.	U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is	15
9.3.	Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	15
9.4.	Verwijzing en/of toestemmingsvereiste	15
Artikel 10.	Klachten en geschillen	16
10.1.	Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement	16
10.2.	Klachten over onze formulieren	16
 II. Zorgartikelen		17
Geneeskundige zorg		17
Artikel 11.	Huisartsenzorg	17
Artikel 12.	Zorgprogramma's (ketenzorg)	18
Artikel 13.	Verpleging en verzorging	19
Artikel 14.	Verloskundige zorg en kraamzorg	19
Artikel 15.	Medisch specialistische zorg	22
Artikel 16.	Revalidatie	23
Artikel 17.	Erfelijkheidsonderzoek	25
Artikel 18.	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	25
Artikel 19.	Audiologische zorg	26
Artikel 20.	Plastische en/of reconstructieve chirurgie	26
Artikel 21.	Transplantatie van weefsels en organen	27
Artikel 22.	Zintuiglijk gehandicaptenzorg	28
Artikel 23.	Stoppen-met-rokenprogramma	28
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		28
Artikel 24.	Generalistische basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder	28
Artikel 25.	Gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder	29
Paramedische zorg		30
Artikel 26.	Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	30
Artikel 27.	Logopedie	32
Artikel 28.	Ergotherapie	32
Artikel 29.	Dieetadvisering	32
Mondzorg		33
Artikel 30.	Tandheelkundige zorg en kaakchirurgie	33
Artikel 31.	Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	35
Farmaceutische zorg		35
Artikel 32.	Geneesmiddelen	35
Artikel 33.	Dieetpreparaten	37
Hulpmiddelenzorg		38
Artikel 34.	Hulpmiddelen en verbandmiddelen	38
Verblijf in een instelling		40
Artikel 35.	Verblijf	40
Ziekenvervoer		40
Artikel 36.	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	40
Zorgbemiddeling		41
Artikel 37.	Zorgadvies en bemiddeling	41
 III. Begripsomschrijvingen		42

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Gewoon ZEKUR Zorg Vrij is een restitutieverzekering van Univé, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u in welke instelling of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website.

1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Wie mag de zorg verlenen

U hebt vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een van die eisen is dat uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

1.4. Vergoeding voor zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

1.5. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.6. Insturen van nota's

Als u een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de naam en paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij

gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar ZEKUR.nl. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, houden wij geen rekening met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen brengen wij later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel. Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen vooraf onze toestemming nodig. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op vergoeding van de kosten van de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. U kunt uw aanvraag dan ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.10. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van uw zorgverzekering plaatsvindt. Als een behandeling in 2 kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.11. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;

- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- vergoeding van de kosten van zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

1.12. **Recht op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen**

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan hebt u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. **Grondslag van de verzekering**

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aan-gegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven. Na het sluiten van de zorgverzekering, ontvangt u van ons snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. **Werkgebied**

De zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

De zorgverzekeraar is een landelijk werkende verzekeraar. Zolang u verzekeringsplichtig bent, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een verzekeringsplichtige die in het buitenland woont, heeft recht op deze verzekering.

2.3. **Bijbehorende documenten**

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;

- Clausuleblad terrorismedekking;
 - Premiebijlage;
 - Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP);
 - Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
 - Overzicht vrijstelling eigen risico;
 - Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
 - Zorgstandaarden Diabetes mellitus, COPD en VRM;
 - Beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)';
 - Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland;
 - Reglement farmaceutische zorg;
 - Reglement hulpmiddelen;
 - Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging;
 - Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard;
 - Dynamisch overzicht (psychologische) interventies binnen de GGZ van Zorgverzekeraars Nederland.
- U vindt deze documenten op onze website. U kunt de documenten ook via onze klantenservice opvragen.

2.4. Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op vergoeding van de kosten van zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende (zorg)verzekering(en) kunnen ook worden beëindigd. U kunt in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) (zorg)verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerden-administratie.

Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- voor gegevensuitwisseling met Coöperatie Univé U.A. ten behoeve van marketingactiviteiten voor diensten en producten van Coöperatie Univé U.A. of daaraan gelieerde ondernemingen.

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ U.A. U vindt de gedragscode en de Privacy Verklaring op onze website.

Wij zijn verplicht uw Burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

Wilt u meer informatie, uw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? U kunt hiervoor bij de privacy manager terecht via het e-mailadres op onze website onder het kopje 'privacy'.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen.

E-mail

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Interpretatie

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis bepalend.

2.10. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet voor.

2.11. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een korting die in een collectieve overeenkomst is overeengekomen. De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. U vindt de premiebijlage op onze website.

De premiegrondslag en premiekortingen die voor u gelden, vindt u op uw polisblad.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag.

3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Verschuldigheid van premie

De verzekeringnemer is de premie verschuldigd. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

3.4.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.4.2. U betaalt de premie op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen. Voor betaling per acceptgiro brengen wij kosten in rekening. U betaalt dan per acceptgiro € 1,50. Dit zijn administratiekosten die gemaakt worden voor het in stand houden, vervaardigen, aanbieden en verwerken van een acceptgiro. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u per papieren acceptgiro € 1,50.

3.4.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleent u toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig onze opdrachten. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.5. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.6. Niet-tijdig betalen

3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag voor de aanmaning geen recht op vergoeding van de kosten van zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.

Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

- 3.6.2.** Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
- 3.6.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of kosten, hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.6.4.** Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.6.5.** Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.6.6.** Als u een betalingsachterstand hebt van 2 maandpremies, bieden wij u als verzekeringnemer een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk 10 werkdagen nadat wij deze betalingsachterstand hebben vastgesteld. Deze betalingsregeling bestaat ten minste uit:
- a. - uw machtiging voor automatische incasso van nieuwe verschuldigde premie, of;
 - uw opdracht aan uw werkgever, pensioenfonds, uitkeringsinstantie of een andere derde van wie u periodieke betalingen ontvangt, om namens u als verzekeringnemer de nieuwe verschuldigde premies rechtstreeks aan ons te betalen;
 - b. afspraken over de wijze waarop u uw schulden, inclusief rente- en incassokosten, aan ons betaalt en binnen welke termijnen;
 - c. onze toezegging dat wij uw zorgverzekering niet beëindigen, schorsen of opschorten zolang u uw machtiging of opdracht tot betaling zoals opgenomen onder a niet intrekt en de afspraken zoals opgenomen in de betalingsregeling nakomt.

Wij geven u 4 weken de tijd om ons aanbod voor een betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies; zie artikel 3.6.8.

Het kan ook zijn dat u iemand anders hebt verzekerd voor een zorgverzekering bij ons. In dat geval nemen wij in ons aanbod voor een betalingsregeling ook een bereidverklaring tot opzegging van deze verzekering op met ingang van de dag waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:

- de verzekerde zich uiterlijk met ingang van dezelfde dag op grond van een andere zorgverzekering heeft verzekerd;
- en de verzekerde de machtiging of opdracht tot betaling zoals omschreven onder a heeft afgegeven als de nieuwe zorgverzekering ook bij ons is gesloten.

Wij sturen deze verzekerde een kopie van alle in dit artikel genoemde stukken op hetzelfde moment dat de stukken aan u als verzekeringnemer worden gestuurd.

- 3.6.7.**
- a. Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 4 maandpremies, delen wij u mee dat wij u bij het Zorginstituut Nederland zullen aanmelden zoals opgenomen in artikel 3.6.8. Als de zorgverzekering voor een ander is gesloten, informeren wij deze verzekerde.
 - b. U of de verzekerde kunt ons uiterlijk binnen 4 weken laten weten het bestaan of de hoogte van de schuld te betwisten. Als wij uw betwisting op tijd hebben ontvangen, stellen wij een onderzoek in. Als wij u meedelen dat wij ons standpunt handhaven, kunt u binnen 4 weken een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijke rechter voorleggen.
 - c. Als de betalingsregeling zoals opgenomen in artikel 3.6.6 ingaat nadat er een betalingsachterstand van 4 maandpremies is ontstaan sturen wij u geen mededeling zoals vermeld onder a zolang u de nieuwe premies voldoet.
- 3.6.8.** Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 6 of meer maandpremies, melden wij u aan bij het Zorginstituut Nederland. Na de aanmeldingsbevestiging van het Zorginstituut Nederland bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie aan het Zorginstituut Nederland te betalen. Het Zorginstituut Nederland int deze premie totdat u alle verschuldigde bedragen inclusief rente- en incassokosten hebt betaald.

Wij melden u niet aan bij het Zorginstituut Nederland als:

- a. u de premieachterstand op tijd hebt betwist en wij ons standpunt nog niet aan u hebben meegedeeld;
- b. u binnen 4 weken nadat wij u hebben meegedeeld ons standpunt te handhaven en de premieschuld te melden aan het Zorginstituut Nederland, het geschil hebt voorgelegd aan de SKGZ of burgerlijke rechter en zolang er op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
- c. als u zich hebt aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoonst dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden hebt gesloten.

Onze verklaring dat wij artikel 18b en het tweede lid van artikel 18c Zorgverzekeringswet in acht hebben genomen, vormt onderdeel van de melding bij het Zorginstituut Nederland.

- 3.6.9.** Wij stellen u en het Zorginstituut Nederland meteen op de hoogte van de datum waarop:
- de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden volledig zijn voldaan of tenietgaan;
 - de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op u van toepassing heeft verklaard;
 - u gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin wij deelnemen.
- De plicht om de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut Nederland te betalen, eindigt met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de data zoals hierboven vermeld. Vanaf dit moment herleeft uw plicht om de premie aan ons te betalen.
- 3.6.10.** U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 18e Zorgverzekeringswet.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de zorgverzekering;
- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op vergoeding van de kosten van de verzekerde zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht hebt u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zorgverzekeringswet gestelde regels.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

6.1. Begin en duur

- 6.1.1.** De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Door een zorgverzekering bij ons aan te vragen, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Bent u verzekeringsplichtig, maar hebt u nog geen BSN? Dan kunt u toch als verzekerde worden ingeschreven.
- 6.1.2.** Soms kunnen wij niet uit uw aanvraag afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.
- 6.1.3.** Als u al een andere zorgverzekering hebt op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven latere datum.

- 6.1.4.** Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. U moet zich dan binnen 1 maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.
- 6.1.5.** Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, gaat de zorgverzekering in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld

U bent verplicht uw kind binnen 4 maanden na de geboorte te verzekeren, zodat uw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

- 6.1.6.** De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Wij zijn niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of voor een verzekeringsplichtige die al verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet.

6.2. Einde van rechtswege

De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet op tijd meedeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, zullen wij deze kosten bij u (terug)vorderen. Als wij vaststellen dat de zorgverzekering is geëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.3.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de zorgverzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als u bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding.

6.3.3. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.1 en 6.3.2 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om de oude zorgverzekering op te zeggen.

6.3.4. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, kunt u uw zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan. U kunt de zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken uw opzegging bevestigen.

6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;

- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:

- naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
- of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringsplicht is geëindigd, wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het Zorginstituut Nederland op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- u kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het Zorginstituut Nederland binnen 2 weken aantoont dat u al een zorgverzekering hebt gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het Zorginstituut Nederland u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig bent;
- u kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzeggingsmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 375 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

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

- huisartsenzorg.
Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;
- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)'. Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);
- verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 13;
- verloskundige zorg en kraamzorg.
Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, prenatale diagnostiek of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;
- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg.
Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico;
- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het leveren van drinkvoeding (dieetpreparaten), voor zover zij de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen leveren zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg;
- hulpmiddelen in bruikleen;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 21, Transplantatie van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 21, Transplantatie van weefsels en organen;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie staat in het Overzicht vrijstelling eigen risico. U vindt dit overzicht op onze website.

7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, berekenen wij het eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 375 x 30 gedeeld door 365 is € 30,82 en wordt afgerond op € 31.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar bestaat uit 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 375 x 30 gedeeld door 365 is € 30,82 en wordt afgerond op € 31. Het totale eigen risico bedraagt € 39 (€ 31 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

8.3.2. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
- de som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
- de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk of via ZEKUR.nl doorgeven.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, hebt u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. De EHIC is ook geldig als u naar Australië gaat. In Australië hebt u hiermee recht op spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

10.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

10.1.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

10.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

10.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

II. Zorgartikelen

GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 11. Huisartsenzorg

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend laboratoriumonderzoek.

Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken, preconceptiezorg (kinderwensconsult) en voetzorg als u diabetes mellitus type 1 of 2 hebt.

Onder begeleiding bij het stoppen met roken verstaan wij:

- korte behandelingen, zoals eenmalige korte stopadviezen;
- intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel).

Onder preconceptiezorg (kinderwensconsult) verstaan wij:

- adviezen over gezonde voeding;
- advies over inname van foliumzuur;
- advies over inname van vitamine D;
- adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
- adviezen over geneesmiddelengebruik;
- adviezen over behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
- adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
- het opsporen van risico's aan de hand van uw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling als u (nog) niet zwanger bent.

Onder de genoemde voetzorg bij diabetes mellitus verstaan wij:

- jaarlijkse voetcontrole die bestaat uit een anamnese, een risico-inventarisatie en het vaststellen van de Simm's classificatie;
- vanaf zorgprofiel 1: advisering over adequaat schoeisel, voetverzorgingsadviezen en advies in omgaan met belasting en belastbaarheid;
- vanaf zorgprofiel 2: meer frequent gericht voetonderzoek, controles en inzet van diagnostiek, behandeling van huid- en nagelproblemen, voetvorm- en standsafwijkingen of andere risicofactoren.

Deze voetzorg omvat geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

De vermelde Simm's classificatie en zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetzorg die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De Zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u hebt.

Voetzorg als onderdeel van een zorgprogramma

Hebt u diabetes mellitus type 2 en ontvangt u hiervoor voetzorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12? In dat geval hebt u geen recht op vergoeding van de kosten van de in dit artikel omschreven voetzorg.

2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover wij met uw huisarts afspraken hebben gemaakt. Voorbeelden van deze zorg zijn:

- (kleine) chirurgische verrichtingen;
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
- longfunctiemeting (spirometrie);
- dopplersonderzoek (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders);
- MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus);
- audiometrie (onderzoek van het gehoor);
- het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Bent u 21 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel;
- het inspuiten van spataderen (varices sclerosering);
- therapeutische injecties.

Wie mag de zorg verlenen

Huisarts of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, maatschappelijk werker, nurse practitioner (NP), physician assistent (PA) of praktijkondersteuner (GGZ).

Voor de in dit artikel genoemde voetzorg mag u naar een podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Levert de podotherapeut (een deel van) de voetzorg niet zelf? Dan mag de voetzorg worden verleend door een medisch pedicure of pedicure met een aantekening Diabetische voet die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister voor de pedicure (KRP) van ProCert, als deze samenwerkt met de podotherapeut. Een overzicht van de samenwerkingsverbanden tussen podotherapeuten en pedicures vindt u op onze website.

Waar mag de voetzorg worden verleend

De voetzorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Voor het recht op:

1. voetzorg als onderdeel van het zorgprogramma diabetes mellitus type 2, zie artikel 12, Zorgprogramma's;
2. medisch specialistische zorg, zie artikel 15, Medisch specialistische zorg.

ZEKUR Gezondheidslijn

Hebt u een vraag over uw gezondheid, dan kunt u daarvoor terecht bij uw huisarts, maar u kunt ook de ZEKUR Gezondheidslijn bellen. De ZEKUR Gezondheidslijn is een medische advieslijn. U overlegt telefonisch met een ervaren verpleegkundige. Met behulp van een aantal gerichte vragen bepaalt deze verpleegkundige de ernst van uw klachten en geeft u vervolgens een advies. Dit gebeurt eventueel in samenspraak met een huisarts. Dit advies kan variëren van een zelfzorgadvies ('u kunt het beste een paracetamol nemen') tot 'ga direct naar de huisarts'. De ZEKUR Gezondheidslijn is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor gezondheidsadvisering. Kijk voor het telefoonnummer op onze website.

Artikel 12. Zorgprogramma's (ketenzorg)

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van een van de volgende zorgprogramma's (ketenzorg):

1. diabetes mellitus type 2 (DM type 2);
2. vasculair risicomangement (VRM; dit is het managen van (risico's op) hart- en vaatziekten);
3. chronisch obstructieve longziekte (COPD; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem).

Alle zorgonderdelen van het zorgprogramma moeten voldoen aan de zorgstandaard Diabetes mellitus, COPD of VRM. U vindt de zorgstandaarden op onze website.

De zorgprogramma's worden bekostigd volgens de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)'.

Zorgprogramma's (ketenzorg)

Zorgprogramma's zijn speciaal ontwikkeld om de zorg voor chronisch zieken kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren in een regio. De zorgaanbieders werken nauw met elkaar samen in een zorggroep zodat de zorg die u nodig hebt beter op elkaar is afgestemd. Voor het zorgprogramma geldt een integraal tarief waarmee alle zorg binnen het programma wordt bekostigd. Daarom kunt u voor de zorg binnen het zorgprogramma alleen terecht bij zorgaanbieders die zijn aangesloten bij de door ons gecontracteerde zorggroep.

Zorggroep

De zorggroep is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders met verschillende disciplines onder leiding van een huisarts die samen de ketenzorg leveren. Naast de huisarts wordt ook zorg geleverd door bijvoorbeeld een verpleegkundige, praktijkondersteuner, diëtist, podotherapeut of pedicure.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorggroep. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorggroepen vindt u op onze website. U kunt ook informeren bij de huisartsenpraktijk naar de mogelijke zorgprogramma's en bij welke zorggroep u hiervoor terecht kunt.

Gaat u voor een van de genoemde zorgprogramma's naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van een zorgprogramma? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (artikel 11) en dieetadvisering (artikel 29).

Bijzonderheden

Medisch specialistische zorg valt niet onder het zorgprogramma (de ketenzorg). Voor het recht op vergoeding van de kosten van deze zorg, zie artikel 15, Medisch specialistische zorg.

Artikel 13. Verpleging en verzorging

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben alleen recht op vergoeding van de kosten van verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of;
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Verwijsbrief nodig van

medisch specialist:

- voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar;
- voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Bijzonderheden

1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.
2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen.

Artikel 14. Verloskundige zorg en kraamzorg

14.1. Verloskundige zorg

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- preconceptiezorg (kinderwensconsult):
als u een kinderwens hebt, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- counseling:
als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, hebt u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo;
- de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie hebt. Voor het recht op vergoeding van de kosten van een NIPT of invasieve diagnostiek wordt onder medische indicatie ook verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een kind met een chromosoom afwijking;
- twintig-weeken echo (SEO):
met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

De combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

Als u vanwege uw medische geschiedenis een verhoogd risico hebt op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), hebt u recht op vergoeding van de kosten van de diagnostiek.

Als u geen medische indicatie hebt, kunt u voor eigen rekening een combinatietest ondergaan. Blijkt uit deze combinatietest dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoom afwijking? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van een NIPT en invasieve diagnostiek.

Wie mag de zorg verlenen

Verloskundige of huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde.

De combinatietest en de twintig-weeken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning volgens de WBO nodig om het onderzoek uit te voeren. Voor de NIPT kunt u terecht in een universitair centrum en voor de invasieve diagnostiek in een centrum voor prenatale diagnostiek.

Bijzonderheden

Voor het recht op vergoeding van de kosten van verloskundige zorg verleend door een gynaecoloog, zie artikel 15, Medisch specialistische zorg.

14.2. Kraamzorg

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Wie mag de zorg verlenen

Gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 4,15 per uur voor kraamzorg thuis of in een geboortecentrum;
- € 16,50 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een door ons gecontracteerd geboortecentrum of in een ziekenhuis, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief dat het door ons gecontracteerde geboortecentrum of het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 117,50 per dag voor zowel moeder als kind.

Bijzonderheden

1. Wij stellen het aantal kraamzorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP). U hebt recht op vergoeding van de kosten van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. Het kraamcentrum indiceert de benodigde uren. U vindt dit protocol op onze website.
2. Voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengen wij het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering op het aantal geïndiceerde kraamzorguren.
3. Als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan hebt u ook op deze dubbele dag recht op vergoeding van de kosten van kraamzorg.

Let op

Vraag kraamzorg ten minste 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via onze website. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt.

Welke verloskundige zorg en kraamzorg is opgenomen in uw zorgverzekering?

Omschrijving	Opgenomen in uw zorgverzekering?
Bevalling en kraamzorg thuis	
Bevalling thuis	Ja. Voor de assistentie door de kraamverzorgende bij de bevalling thuis (partusassistentie) geldt een eigen bijdrage van € 4,15 per uur.
Kraamzorg thuis	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,15 per uur.
Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum	
Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum	Ja
Kraamzorg in een (door ons gecontracteerd) geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,15 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Ja. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.
Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum	
Bevalling zonder medische noodzaak voor verblijf in een door ons gecontracteerd geboortecentrum	Ja. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 202 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: - Maximale vergoeding is 2 x € 117,50: € 235 per dag - Af: eigen bijdrage is 2 x € 16,50: € 33 per dag € 202 per dag
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het door ons gecontracteerde geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 202 per dag moet u zelf bijbetalen.
Kraamzorg in (een door ons gecontracteerd) geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,15 per uur.

Medische noodzaak

Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Let op: kosten van verblijf worden alleen vergoed als u bevult in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum.

Het bedrag dat voor uw eigen rekening komt, krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder verstaan wij eenmalige korte stopadviezen.

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- tot 1 januari 2016 behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor gevonden kan worden) met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 januari 2017 behandeling van therapieresistente hypertensie (verhoogde bloeddruk) met toepassing van percutane renale denervatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 januari 2017 behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie als u deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)' of als u deelneemt aan observationeel onderzoek naar deze zorg zoals hieronder vermeld;
- tot 1 januari 2018 behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 januari 2018 verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
 1. wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

De Minister van VWS heeft de mogelijkheid om tussentijds zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. U ontvangt hierover van ons informatie.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op circumcisie;
- e. behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- f. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar hebt bereikt.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysisch audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg hebt u vooraf toestemming nodig?

U hebt voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden.

Oogheelkunde:	refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglidcorrecties.
KNO-heelkunde:	oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
Heelkunde:	gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
Dermatologie:	benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming hebt gevraagd.

Let op

Voor vergoeding van de kosten van behandelingen van plastisch-chirurgische aard hebt u altijd vooraf toestemming nodig. Kijk hiervoor in artikel 20, Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

Bijzonderheden

1. De apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten vallen onder hulpmiddelen-zorg, zie artikel 34, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
3. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
4. Voor het recht op vergoeding van de kosten van:
 - medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg;
 - zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 25, Gespecialiseerde GGZ;
 - mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 30, Tandheelkundige zorg en kaakchirurgie.

Artikel 16. Revalidatie

16.1. Revalidatie

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- de quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatie-arts worden uitgevoerd.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

16.2. Geriatrische revalidatie

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. U hebt maximaal 6 maanden recht op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als:

1. de zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 35, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;
2. u een acute aandoening hebt waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening hebt ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;
3. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die een medisch-specialistische behandeling ondergaan. Bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstelmogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is om hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven deelnemen.

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

Artikel 17. Erfelijkheidsonderzoek

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviseur en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Wie mag de zorg verlenen

Centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviseur.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 18. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

18.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Als u bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden voor rekening van uw zorgverzekering. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan hebt u alleen recht op vergoeding van de kosten van de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst. Onder een gerealiseerde zwangerschap verstaan wij een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, behoort het terugplaatsen daarvan niet meer tot dezelfde poging.

Wanneer hebt u opnieuw recht op vergoeding van de kosten van 3 IVF-pogingen?

Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op vergoeding van de kosten van 3 pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit (onvruchtbaarheid). Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op vergoeding van de kosten van een IVF-behandeltraject van 3 pogingen, als er sprake is van gezamenlijke infertiliteit.

Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijsbrief nodig van

Gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.

IVF in het buitenland

Of u in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden. Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

18.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Bent u een vrouw van 43 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op vergoeding van de kosten van fertiliteitsbevorderende behandelingen.

Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog of uroloog.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 19. Audiologische zorg

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

Het recht op vergoeding van de kosten van gehoorapparatuur is geregeld in artikel 34, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Artikel 20. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepletten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Informatie over behandelingen van plastisch-chirurgische aard

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u meer informatie over deze zorg. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 21. Transplantatie van weefsels en organen

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan hebt u alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten vergoeden wij niet.

Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, komen de kosten van vervoer bedoeld onder e en f voor rekening van de zorgverzekering van de donor.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Artikel 22. Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zintuiglijk gehandicaptenzorg. Onder deze zorg wordt verstaan multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Wie mag de zorg verlenen

Instelling die zich toelegt op de behandeling van zintuiglijk gehandicapten en waar de behandeling plaatsvindt door een multidisciplinair team.

Zorg in verband met een visuele beperking: eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan is de oogarts of de gezondheidszorgpsycholoog. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de klinisch fysicus of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a van het Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de zintuiglijk gehandicaptenzorg worden gesteld.

Zorg in verband met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis: eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg is de gezondheidszorgpsycholoog. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de orthopedagoog of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de zintuiglijk gehandicaptenzorg worden gesteld.

Verwijsbrief nodig van

Medisch specialist of huisarts. Verwijzing voor zorg in verband met een auditieve of communicatieve beperking mag ook plaatsvinden door een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum.

Artikel 23. Stoppen-met-rokenprogramma

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg volgens het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma houdt in: de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg. Ook hebt u recht op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering. U kunt het programma volgen in een groep of individueel. Het doel van het programma is dat u stopt met roken. U kunt maximaal 1 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

Wie mag de zorg verlenen

Zorgaanbieders die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken.

De geneesmiddelen mogen worden geleverd door de Nationale Apotheek, apotheker of apothekhoudend huisarts. Meer informatie over de Nationale Apotheek vindt u op onze website.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Dyslexiezorg en geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen jonger dan 18 jaar

Vanaf 1 januari 2015 valt dyslexiezorg en geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen jonger dan 18 jaar onder de Jeugdwet. Het college van de gemeente waar de jeugdige woont, is verantwoordelijk voor deze zorg. Het college is er verantwoordelijk voor dat de jeugdige de jeugdhulp die al is begonnen op 1 januari 2015 kan voortzetten bij dezelfde zorgaanbieder, als dit redelijkerwijs mogelijk is.

Artikel 24. Generalistische basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op vergoeding van de kosten van generalistische basis GGZ zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen. Samen met uw behandelaar

maakt u een behandelplan waarin u afsprekt welke zorg u nodig hebt en hoe lang de zorg gaat duren. Uw behandelaar stelt vervolgens vast op welke zorg u recht hebt:

1. Basis GGZ Kort (BK);
2. Basis GGZ Middel (BM);
3. Basis GGZ Intensief (BI);
4. Basis GGZ Chronisch (BC).

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- intelligentieonderzoek;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. In het Dynamisch overzicht (psychologische) interventies binnen de GGZ van Zorgverzekeraars Nederland vindt u de interventies die wel, niet, of specifiek voor een bepaalde stoornis voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit overzicht vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Hoofdbehandelaar GGZ: psychiater, klinisch (neuro) psycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater, gezondheidszorgpsycholoog of verpleegkundig specialist GGZ. De verpleegkundig specialist GGZ mag alleen Basis GGZ Chronisch (BC) verlenen en is werkzaam in een zorggroep.

Medebehandelaar GGZ: onder eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een medebehandelaar. Een medebehandelaar moet een beroep uitoefenen zoals vermeld in de DBC-beroepentabel GGZ die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of specialist ouderengeneeskunde.

Artikel 25. Gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw behandelaar. Uw behandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. U kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;

- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. In het Dynamisch overzicht (psychologische) interventies binnen de GGZ van Zorgverzekeraars Nederland vindt u de interventies die wel, niet, of specifiek voor een bepaalde stoornis voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit overzicht vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Hoofdbehandelaar GGZ: psychiater, klinisch (neuro) psycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater of verpleegkundig specialist GGZ. De zorg in de GGZ-instelling wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg.

Medebehandelaar GGZ: onder eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een medebehandelaar. Een medebehandelaar moet een beroep uitoefenen zoals vermeld in de DBC-beroepentabel GGZ die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten. Een psychiater die een behandeltraject na verwijzing van de huisarts is gestart, kan op basis van deze verwijzing doorverwijzen. De huisarts wordt hiervan op de hoogte gesteld. Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en bent u 18 jaar geworden, dan hebt u een nieuwe verwijzing nodig.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 26. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar:

- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst;
- hebt u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan hebt u per kalenderjaar recht op vergoeding van de kosten van maximaal 9 behandelingen per aandoening. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, hebt u nog recht op vergoeding van de kosten van maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening. In totaal hebt u in dit geval dus recht op vergoeding van de kosten van maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder:

- u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

In het schema hieronder vindt u op hoeveel zorg u recht hebt:

Omschrijving	Jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op vergoeding van de kosten van maximaal 18 behandelingen.	9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)
Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen Let op: voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt	volledig	vanaf 21e behandeling
Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op vergoeding van de kosten van maximaal 18 behandelingen.	geen vergoeding

Wie mag de zorg verlenen

Fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kindersfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut. Oedeemtherapie mag ook worden verleend door een huidtherapeut.

De geriatrisch fysiotherapeut, kindersfysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U hebt een verklaring nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist waaruit blijkt dat u behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze Lijst. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of reïntegratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Artikel 27. Logopedie

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De Hanen Oudercursus valt ook onder deze zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Logopedist.

Voor de meeste logopedische behandelingen is geen aanvullende specialisatie vereist.

De zorg die alleen mag worden verleend door een gespecialiseerde logopedist is:

- een specifieke (individuele) zitting voor patiënten met de indicatie stotteren, de indicatie preverbale logopedie en/of de indicatie afasie;
- behandeling volgens het Hanen-Ouderprogramma, of;
- de Groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren (IZS).

Stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).

Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van de logopedist of stottertherapeut of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

Artikel 28. Ergotherapie

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, tot maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

Ergotherapeut.

Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Artikel 29. Dieetadvisering

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar.

Dieetadvisering als onderdeel van een zorgprogramma

Wanneer u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of een verhoogd vasculair risico hebt en u ontvangt hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12, dan wordt de dieetadvisering voor deze of gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd.

Wie mag de zorg verlenen

Diëtist.

MONDZORG

Artikel 30. Tandheelkundige zorg en kaakchirurgie

30.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Als u jonger bent dan 18 jaar, hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op vergoeding van de kosten van dit onderzoek;
2. incidenteel consult;
3. tandsteen verwijderen;
4. fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit; 2 keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op vergoeding van de kosten van deze behandeling;
5. sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);
6. behandeling van het tandvlees (parodontale hulp);
7. verdoving (anesthesie);
8. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
9. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
10. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
11. volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);
12. kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken;
13. chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van implantaten voor de zorg omschreven onder omschrijving, punt 12;
14. röntgenonderzoek. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontie.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugdtandverzorging.

Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig als het gaat om kronen, bruggen en implantaten zoals omschreven onder omschrijving, punt 12. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

30.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt. U hebt ook recht op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groei- stoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is.

Let op

Het ontbreken van enkele blijvende tanden of kiezen door een aanlegstoornis komt regelmatig voor. U hebt recht op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde als bij u ten minste 6 tanden en kiezen in aanleg ontbreken (verstandskiezen tellen niet mee).

Gebitsprothese op implantaten

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoopjes of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Als u een niet-uitneembare of geschroefde brug of prothese wilt op implantaten in plaats van een uitneembaar kunstgebit, dan vergoeden wij de kosten hiervan niet.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, orthodontist of kaakchirurg. Een Centrum voor bijzondere tandheelkunde is een centrum verbonden aan een ziekenhuis of universiteit voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Voor een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) in het kader van de bijzondere tandheelkunde bent u een wettelijke bijdrage verschuldigd van € 125 per kaak. Deze eigen bijdrage geldt ook voor een gebitsprothese gemaakt voor implantaten.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

30.3. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op vergoeding van de kosten van kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties.

Wie mag de zorg verlenen

Kaakchirurg.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Artikel 31. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U hebt ook recht op vergoeding van de kosten van het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of tandprotheticus.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten. U bent geen eigen bijdrage verschuldigd voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig:

1. Als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese hoger zijn dan:
 - € 675 voor een boven- of onderkaak;
 - € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen.
2. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen.

De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Eigen bijdrage gebitsprothese

U hebt recht op vergoeding van de kosten van een gebitsprothese (kunstgebit) voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering hebt.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van een implantaat voor een kunstgebit als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Kijk hiervoor in artikel 30.2. U betaalt in dit geval een eigen bijdrage van € 125 per kaak in plaats van een eigen bijdrage van 25% van de kosten.

Let op: naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 32. Geneesmiddelen

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;
- begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij voorkeursgeneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u recht op vergoeding van de kosten van levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Voorkeursgeneesmiddelen (preferente geneesmiddelen)

Wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als voorkeursgeneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen met specifieke toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met

dezelfde werkzame stof en specifieke toedieningsweg niet, hebt u aanspraak op vergoeding van de kosten van de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u geen gebruik van voorkeursgeneesmiddelen, dan vergoeden wij deze in principe niet. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het voorkeursmiddel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op vergoeding van de kosten van een ander geneesmiddel.

Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie. U vindt de lijst met aangewezen geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website.

Voorkeursbeleid geneesmiddelen (preferentiebeleid)

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursgeneesmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Het verplicht en vrijwillig eigen risico geldt niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, de begeleiding bij nieuwe medicatie of een inhalatie instructie, niet zijn vrijgesteld van het eigen risico.

Zelfzorgmiddelen

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van laxeermiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U hebt recht op vergoeding van de kosten van niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Als u moet bijbetalen voor een medicijn, telt deze eigen bijdrage niet mee voor uw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op onze website. U kunt voor informatie ook terecht bij uw apotheker.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 hebt u vooraf onze toestemming nodig. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met deze geneesmiddelen tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie. Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Gaat u naar een apotheker of apothekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan vooraf toestemming vragen door de artsverklaring rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

Bijzonderheden

1. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - farmaceutische zorg met betrekking tot een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
 - voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
 - advies farmaceutische zelfzorg;
 - advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
 - advies ziekterisico bij reizen;
 - preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet door de minister van VWS is aangewezen;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
2. Geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 5 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.
3. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, dagbehandeling of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Anticonceptiemiddelen

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Bent u 21 jaar of ouder? U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Als u geen recht hebt op deze vergoeding, krijgt u de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op vergoeding van de kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door de huisarts of medisch specialist.

Artikel 33. Dieetpreparaten

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- b. lijdt aan een voedselallergie;
- c. lijdt aan een resorptiestoornis;
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- e. daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroeps-groepen zijn aanvaard.

Voorkeursdrinkvoeding (voorkeursproducten)

Wij kunnen voor enkele groepen drinkvoeding waarop u recht hebt op basis van dit artikel, voorkeursproducten selecteren. Er is dan voorkeur voor lager geprijsde drinkvoeding (van een bepaalde fabrikant en/of een bepaald merk). U vindt de door ons geselecteerde drinkvoeding in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met geselecteerde drinkvoedingen (voorkeursproducten) op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

Uw voordeel

Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder en gebruikt u de door ons geselecteerde voorkeurs drinkvoeding, dan hebt u een voordeel. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden dan namelijk niet. U kunt ook kiezen voor andere drinkvoeding, die niet als voorkeursdrinkvoeding is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

Wie mag de dieetpreparaten leveren

Apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij Linde Homecare en Mediq Tefa.

Let op: gaat u voor sondevoeding naar een andere (zorg)aanbieder dan Linde Homecare of Mediq Tefa? Dan hebt u geen recht op vergoeding.

Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan uw behandelend arts of diëtist een Verklaring dieetpreparaten van onze website downloaden en invullen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan de door uw arts of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten inleveren. Uw zorgaanbieder beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw zorgaanbieder wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de Verklaring dieetpreparaten rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van dieetproducten.

Dieetproducten (geen vergoeding)

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten.

Deze producten vergoeden wij niet.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 34. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), verstrekken wij in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- of u recht hebt op vergoeding van de kosten van het hulpmiddel in eigendom of dat u het hulpmiddel in bruikleen krijgt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of u vooraf onze toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten, kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

IncontinentieZorgService voor vrouwen

Met deze service kunt u, onder begeleiding van een continëntieverpleegkundige, eenvoudig en in korte tijd zelf een belangrijke stap zetten naar een mogelijke oplossing voor ongewild urineverlies. Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen. De digitale vragenlijst vindt u op: www.incontinentiezorgservice.nl. Vervolgens kunt u gebruikmaken van persoonlijke begeleiding door een continëntieverpleegkundige. De zorg wordt aan huis geleverd.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel in bruikleen? Houdt u er dan rekening mee dat u zeer waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen. U hebt in dat geval recht op vergoeding van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig hebt. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

U hebt voor de eerste aanschaf van een hulpmiddel of verbandmiddel altijd vooraf onze toestemming nodig. Wij beoordelen of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Hierbij beoordelen wij of u bent aangewezen op het hulpmiddel of verbandmiddel. Ook bekijken wij of het hulpmiddel doelmatig is en niet onnodig kostbaar. U vindt in het Reglement hulpmiddelen per hulpmiddel of u voor vervanging of reparatie van het hulpmiddel ook voorafgaande toestemming nodig hebt.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Uw zorgaanbieder beoordeelt voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige hulpmiddelen is afgesproken dat wij de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder uw aanvraag naar ons door.

Als u om privacyoverwegingen niet wilt dat de zorgaanbieder uw aanvraag beoordeelt, kunt u ons de aanvraag ook rechtstreeks sturen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U moet ons dan zelf voorafgaande toestemming vragen. Wilt u bij de aanvraag de offerte van het hulpmiddel en de toelichting van de voorschrijver meesturen?

Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen.

Bijzonderheden

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor vergoeding van de kosten van een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen hebt ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 35. Verblijf

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg, verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, gespecialiseerde GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Als u op 31 december 2014 een zorgzwaartepakket B GGZ hebt in de AWBZ, wordt het verblijf vanaf 1 januari 2015 niet vergoed vanuit de zorgverzekering maar vanuit de Wlz.

Waar mag het verblijf plaatsvinden

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling, in een revalidatie-instelling of op een locatie waar de zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts plaatsvindt die voldoen aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) deze stelt aan een instelling.

Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg.

Bijzonderheden

Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen) bedoeld in dit artikel onder omschrijving. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar.

ZIEKENVERVOER

Artikel 36. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
 - b. naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
 - c. vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 1b, naar:
 - een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
 - een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
 - d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a, b of c;
2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

 - a. u moet nierdialyses ondergaan;
 - b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
 - c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
 - d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

Wanneer komt u in aanmerking voor zittend ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?

Uw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat u niet in staat bent om met openbaar vervoer te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door uw visus (gezichtsscherpte) en door uw gezichtsveld. U hebt recht op vergoeding van de kosten van zittend zie-

kenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer u een gezichtsveldbeperking hebt van minder dan 20 graden. Het kan ook voorkomen dat u een combinatie hebt van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om uw recht op vergoeding van de kosten van vervoer te kunnen beoordelen.

-
- e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.
-

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer (km). Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vergoeding van de kosten van vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Wie mag het ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer verzorgen

1. Ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Zittend ziekenvervoer:
 - taxivervoerder;
 - openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;
 - eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,31 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 97 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. U hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer. U kunt deze toestemming met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer aanvragen. Dit formulier vindt u op onze website.

Bijzonderheden

1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.

ZORGBEMIDDELING

Artikel 37. Zorgadvies en bemiddeling

Omschrijving

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de zorgverzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

III. Begripsomschrijvingen

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

Eigen bijdrage: een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op vergoeding van de kosten van zorg, dat u zelf moet betalen voordat u recht hebt op vergoeding van de kosten van het resterende deel van de zorg.

Eigen risico:

1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat voor u zelf moet betalen;
2. vrijwillig eigen risico: een door u als verzekeringnemer met de zorgverzekeraar als onderdeel van de zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat u zelf moet betalen.

Europese Unie en EER-lidstaat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechoë, het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

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

Geboortecentrum: eerstelijns geboortecentrum voor het faciliteren van natale zorg (zorg tijdens de bevalling) en post-natale zorg (zorg gedurende de eerste 10 dagen na de bevalling), waarvan het beheer en de exploitatie wordt uitgevoerd door aanbieders van eerstelijns geboortezorg. Het beheer en exploitatie van het eerstelijns geboortecentrum kan ook worden uitgevoerd door zorgaanbieders anders dan eerstelijns verloskundigen, zoals kraamzorginstanties.

Gewoon ZEKUR Zorg Vrij: een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de Gewoon ZEKUR Zorg Vrij aangeduid met 'de zorgverzekering'.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instelling: instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening en als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Schriftelijk: waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Univé: de zorgverzekeraar.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaap-Verdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verzekerde: degene voor wie het risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad van de zorgverzekeraar staat.

Verzekeringnemer: degene die met de zorgverzekeraar een zorgverzekering heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Verzekeringsplichtige: degene die op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Verzekeringsvoorwaarden Gewoon ZEKUR Zorg Vrij / verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van de zorgverzekeraar, variant restitutie.

Wlz: Wet langdurige zorg.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg: zorg of overige diensten.

Zorgpolis: de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd. De zorgpolis bestaat uit een polisblad en deze verzekeringsvoorwaarden.

Zorgverzekeraar, de / Univé: N.V. Univé Zorg, statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 37112407. N.V. Univé Zorg is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000665. N.V. Univé Zorg is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt N.V. Univé Zorg aangeduid met 'wij' en 'ons'

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

Aanvullende Verzekeringsvoorwaarden ZEKUR 2015

ZEKUR.nl

Veel verzekering voor weinig

Inhoud

I. Algemeen gedeelte	3
Artikel 1. Verzekerde zorg	3
Artikel 2. Algemene bepalingen	5
Artikel 3. Premie	7
Artikel 4. Overige verplichtingen	8
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	9
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	9
Artikel 7. Klachten en geschillen	10
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling	10
II. Vergoedingen Extra ZEKUR Zorg	11
Artikel 9. Basiszorg	11
Artikel 10. Anticonceptie	11
Artikel 11. Alternatieve geneeswijzen (Budget)	12
Artikel 12. Bevalling en Kraamzorg	13
Artikel 13. Buitenland	14
Artikel 14. Hulpmiddelen (Budget)	15
Artikel 15. Gezichtshulpmiddelen	16
Artikel 16. Mondzorg	16
Artikel 17. Preventie (Budget)	17
Artikel 18. Therapieën (Budget)	19
Artikel 19. Thuiszorgverstrekingen	24
Artikel 20. Medisch specialistische zorg	25
III. Vergoedingen Aanvullend ZEKUR Tand, Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie, Aanvullend ZEKUR Buitenland	27
Artikel 21. Aanvullend ZEKUR Tand	27
Artikel 22. Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie	27
Artikel 23. Aanvullend ZEKUR Buitenland	29
IV. Begripsomschrijvingen	30

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden.' Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, tandarts en een fysiotherapeut. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen. U bent vrij in de keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. U kunt kiezen voor een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

1.4. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen wettelijke Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Als u gebruik maakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief. Gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel. De maximale vergoedingen vindt u in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op ZEKUR.nl/documenten.

Is er voor de betreffende zorg sprake van een maximum aantal behandelingen of een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget of het aantal behandelingen dat in het betreffende zorgartikel is vermeld.

1.5. Insturen van nota's

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u uw kosten online bij ons declareren. Als u de nota met een declaratieformulier bij ons indient, stuur ons dan de originele nota. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers die gold op de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij hebben het recht te wachten met betaling totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar ZEKUR.nl. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.6. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.7. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij ten opzichte van u zijn gehouden of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.8. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of schriftelijke toestemming vooraf nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen vooraf onze toestemming nodig. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op vergoeding van de kosten van zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. Dat kan. U kunt uw aanvraag dan ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin deze voorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.9. Ontlenen recht

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering(en).

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender) jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.10. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald. Dit geldt ook voor kosten die onder de dekking van de ZEKUR Doorlopende Reisverzekering en/of ZEKUR Doorlopende Annuleringsverzekering vallen;
- (vergoeding van de kosten van) vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- vergoeding van de kosten van zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- vergoeding van de kosten van zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U vindt het convenant op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;

- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

1.11. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsovereenkomsten maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de aanvullende verzekeringen van ZEKUR:

- Extra ZEKUR Zorg (inclusief ZEKUR Doorlopende Reisverzekering en ZEKUR Doorlopende Annuleringsverzekering);
- Aanvullend ZEKUR Tand;
- Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie;
- Aanvullend ZEKUR Buitenland (inclusief ZEKUR Doorlopende Reisverzekering).

De aanvullende verzekeringen van ZEKUR zijn alleen af te sluiten in aanvulling op de basisverzekering Gewoon ZEKUR Zorg en Gewoon ZEKUR Zorg Vrij. Het is niet mogelijk om naast Extra ZEKUR Zorg een Aanvullend ZEKUR Tand, Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie en/of Aanvullend ZEKUR Buitenland af te sluiten. Als aanmelding voor de aanvullende verzekeringen later plaatsvindt dan de aanmelding voor Gewoon ZEKUR Zorg of Gewoon ZEKUR Zorg Vrij, vindt inschrijving voor de aanvullende verzekering plaats per 1 januari van het kalenderjaar volgend op de aanvraag. Inschrijving met terugwerkende kracht is niet mogelijk.

Op uw polisblad is vermeld welke aanvullende verzekering(en) voor u van toepassing is (zijn).

De hoofdstukken 1 Algemeen gedeelte en 4 Begripsomschrijvingen zijn op alle aanvullende verzekeringen van ZEKUR van toepassing.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen;
- het Clausuleblad terrorismedekking.

U vindt deze documenten op onze website.

2.4. Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op vergoeding van de kosten van zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat wij uw aanvullende verzekering(en) kunnen beëindigen. U kunt gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

2.5. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van de (aanvullende) (zorg)verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerden-administratie.

Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- voor gegevensuitwisseling met Coöperatie Univé U.A. ten behoeve van marketingactiviteiten voor diensten en producten van Coöperatie Univé U.A. of daaraan gelieerde ondernemingen.

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ U.A. U kunt de gedragscode en de Privacy Verklaring vinden op onze website.

Wij zijn verplicht uw Burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

Wilt u meer informatie, uw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? U kunt hiervoor bij de privacy manager terecht via het e-mailadres op onze website onder het kopje 'privacy'.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw aanvullende verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten.

Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van aanvullende verzekering, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is de premie verschuldigd. Voor elke verzekerde is premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag een kindpremie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2. Premiekorting

3.2.1. De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.

3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt (worden) de aanvullende verzekering(en) op individuele basis voortgezet.

3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Premietoeslag

Als u als verzekeringnemer Gewoon ZEKUR Zorg of Gewoon ZEKUR Zorg Vrij beëindigt en de aanvullende verzekering voort wilt zetten dan brengen wij een toeslag op de premie in rekening. Deze toeslag gaat in op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin de beëindiging van Gewoon ZEKUR Zorg of Gewoon ZEKUR Zorg Vrij plaatsvond.

3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.4.1.** De verzekeringnemer is verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekeren vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.4.2.** U betaalt de premie, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.
Voor betaling van de premie per papieren acceptgiro brengen wij kosten in rekening. U betaalt dan per papieren acceptgiro € 1,50 voor alle kosten die gemaakt worden voor het in stand houden, vervaardigen, aanbieden en werken van een acceptgiro. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u per papieren acceptgiro € 1,50.
- 3.4.3.** Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleent u toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig onze opdrachten. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met de afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.
- 3.4.4.** De verzekeringnemer mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1.** Als u als verzekeringnemer de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen en kosten niet op tijd betaalt, sturen wij de verzekeringnemer een aanmaning. Als u als verzekeringnemer niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op vergoeding van de kosten van zorg. U als verzekeringnemer blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen als u niet op tijd betaalt. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan (kunnen) de aanvullende verzekering(en) weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren, dan gaat(n) de aanvullende verzekering(en) in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.5.2.** Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u als verzekeringnemer in rekening brengen.
- 3.5.3.** Als u als verzekeringnemer al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of kosten, hoeven wij u het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4.** Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.5.** Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
- ons te informeren over feiten, die er voor (kunnen) zorgen, dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bankrekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op vergoeding van de kosten van zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering bij ons aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons een zorgverzekering aanvraagt, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvullende verzekering(en) niet moet(en) worden opgezegd, moet u dat op het papieren aanvraagformulier vermelden.

De aanvullende verzekering(en) wordt(en) gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering(en) is (zijn) ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie van de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Acceptatie

De aanvullende verzekeringen van ZEKUR zijn alleen als aanvulling op de zorgverzekering Gewoon ZEKUR Zorg en Gewoon ZEKUR Zorg Vrij af te sluiten. Er geldt geen medische selectie.

6.2.2. Wijziging

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in artikel 2.2. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgende kalenderjaar.

6.3. Einde van rechtswege

6.3.1. De aanvullende verzekering (inclusief de eventuele ZEKUR Doorlopende Reisverzekering en de ZEKUR Doorlopende Annuleringsverzekering) eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- wij door wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- wij stoppen met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van te voren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering(en) hebben geleid of kunnen leiden.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering(en) is (zijn) geëindigd of zal (zullen) eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering (inclusief de eventuele ZEKUR Doorlopende Reisverzekering en de ZEKUR Doorlopende Annuleringsverzekering) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering (inclusief de eventuele ZEKUR Doorlopende Reisverzekering en de ZEKUR Doorlopende Annuleringsverzekering) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2.;
- tegelijk met het beëindigen van de zorgverzekering van ZEKUR: Gewoon ZEKUR Zorg of Gewoon ZEKUR Zorg Vrij.

6.4.3. Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5.;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4.);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

7.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering(en) goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

7.1.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. Klachten over onze formulieren

7.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

7.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens uw aanvullende verzekering(en). U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II. Vergoedingen Extra ZEKUR Zorg

Omvang van de dekking

Als u Extra ZEKUR Zorg hebt afgesloten, kunt u aanspraak maken op vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in artikel 9 tot en met 20. De vergoeding vindt u onderaan het artikel.

Artikel 9. Basiszorg

9.1. Second opinion

Omschrijving

Het raadplegen van een tweede medisch specialist bij twijfel aan of ter bevestiging van een voorgenomen behandeling.

Aanvullende voorwaarden

U hebt geen recht op vergoeding als aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding uit de hoofdverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg of Gewoon ZEKUR Zorg Vrij).

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Volledige vergoeding van het honorarium van de medisch specialist.

Artikel 10. Anticonceptie

10.1. Anticonceptiemiddelen

Omschrijving

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg verstrekt mogen worden, zoals de anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Door

De anticonceptiepil moet geleverd worden door een voor ZEKUR gecontracteerde apotheker. Overige middelen mogen ook geleverd worden door een apotheek met wie Univé een contract heeft gesloten. Kijk voor meer informatie op ZEKUR.nl.

Voorschrift

Huisarts of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het preferentiebeleid zoals vastgelegd in het Reglement farmaceutische zorg is van toepassing

Let op: als de anticonceptiepil wordt geleverd door een niet voor ZEKUR gecontracteerde apotheker, krijgt u de kosten niet vergoed.

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel, zoals bijvoorbeeld een spiraaltje, worden ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering. Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals de anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit Gewoon ZEKUR Zorg en Gewoon ZEKUR Zorg Vrij.

Preferentiebeleid

In het Reglement farmaceutische zorg wijzen wij voorkeursgeneesmiddelen aan (preferentiebeleid). Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke anticonceptiemiddelen (met dezelfde werkzame stoffen) een voorkeursmiddel aanwijzen. Dit betekent dat u in principe alleen recht hebt op dit voorkeursmiddel. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het preferent middel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel. U vindt de voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg.

10.2. Eigen bijdrage anticonceptiemiddelen

Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdrage voor anticonceptiemiddelen, die volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem is verschuldigd.

Door

De anticonceptiepil moet geleverd worden door een voor ZEKUR gecontracteerde apotheker. Kijk voor meer informatie op ZEKUR.nl.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)	Volledig
-------------------------------------	----------

Let op: wordt de anticonceptiepil geleverd door een niet specifiek voor ZEKUR gecontracteerde apotheker? Dan krijgt u de eigen bijdrage niet vergoed.

Artikel 11. Alternatieve geneeswijzen (Budget)

11.1. Behandelingen en consulten

Omschrijving

Behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:

- acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
- antroposofische alternatieve geneeswijzen;
- homeopathie;
- natuurgeneeswijzen;
- alternatieve beweegzorg;
- voor verzekerden vanaf 18 jaar: psychosociale zorg.

Door

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u in de zorgvinder. U kunt de zorgvinder raadplegen via ZEKUR.nl/zorgvinder. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aanvullende voorwaarden

- Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - relatietherapie;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 17.3);
 - celtherapie en chelatietherapie.
- U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

11.2. Homeopathische geneesmiddelen

Omschrijving

Homeopathische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd.

Door

Homeopathische geneesmiddelen moeten worden geleverd door een apotheker of een apothekhoudend huisarts.

Voorschrijvereisten

De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)	Maximaal € 250,- per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen en consulten en homeopathische geneesmiddelen samen. De maximum vergoeding per consult of behandeling is € 25,- (ongeacht de tijdsduur).
--	--

Artikel 12. Bevalling en Kraamzorg

12.1. Eigen bijdrage bevalling

Omschrijving

Vergoeding van de kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis of een door ons gecontracteerd geboortecentrum. De vergoeding betreft het verschil tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)	Volledig
--	----------

12.2. Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg en Gewoon ZEKUR Zorg Vrij). De eigen bijdrage krijgt u vergoed over hetzelfde aantal uren waarop u vanuit de zorgverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg of Gewoon ZEKUR Zorg Vrij) aanspraak kunt maken.

Door

Een specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder. Op ZEKUR.nl vindt u hoe u zich kunt aanmelden voor kraamzorg.

Maakt u geen gebruik van een specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)	Volledig
--	----------

Let op: wordt de kraamzorg geleverd door een niet specifiek voor ZEKUR gecontracteerde zorgaanbieder? Dan vergoeden wij de eigen bijdrage niet.

Artikel 13. Buitenland

De in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie zijn niet van toepassing op dit artikel.

13.1. Geneeskundige zorg bij tijdelijk verblijf in een ander land dan Nederland

Omschrijving

Aanvulling op de vergoeding voor spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg of Gewoon ZEKUR Zorg Vrij) ontvangt. Het eigen risico van uw zorgverzekering vergoeden wij niet. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U hebt recht op vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleeft;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Daarnaast vergoeden wij zorg, zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden Extra ZEKUR Zorg, bij tijdelijk verblijf in een ander land dan Nederland, gedurende een aaneengesloten periode van maximaal twaalf maanden.

Door

Een door de plaatselijke overheid erkende zorgaanbieder of instelling die voldoet aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen.

Toestemmingsvereisten

Voor zorg, die gepaard met verblijf, of tandheelkundige behandelingen buiten Nederland voor zover de geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is onze voorafgaande schriftelijke toestemming vereist.

Aanvullende voorwaarden

1. U bent bij klinische opname in een ziekenhuis, in geval van repatriëring of in het geval van vervoer van een stoffelijk overschot verplicht zo spoedig mogelijk contact op te (laten) nemen met de ZEKUR Alarmcentrale, telefoon 0031 40 297 57 60 (internationaal toegangsnummer). U vindt dit telefoonnummer op uw zorgpas en op ZEKUR.nl. U hebt alleen aanspraak op vergoeding van de gedekte kosten als u zich houdt aan de adviezen van de ZEKUR Alarmcentrale. De ZEKUR Alarmcentrale zal zorgen voor de afhandeling van declaraties.
2. In overleg met ons of de ZEKUR Alarmcentrale kan, op verzoek van de zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd, in voorkomende gevallen direct aan de desbetreffende zorgaanbieder worden betaald.
3. Geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de kosten als u woonachtig bent in het buitenland.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Volledige vergoeding van kosten voor medisch spoedeisende zorg zoals omschreven met inachtneming van de daarin gestelde voorwaarden. Wanneer de geneeskundige behandeling of verzorging in een ander land dan Nederland uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, vindt vergoeding plaats tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

13.2. Repatriëring

Omschrijving

Uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Door

ZEKUR Alarmcentrale +31(0) 40 297 57 60 (+= internationaal toegangsnummer).

Wordt de repatriëring niet verzorgd door de ZEKUR Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden

De ZEKUR Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Volledig

Artikel 14. Hulpmiddelen (Budget)

14.1. Hulpmiddelen (eigen bijdrage)

Omschrijving

Tegemoetkoming in de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor hulpmiddelen, zoals die geldt voor pruiken, orthopedisch schoeisel, gezichtshulpmiddelen en gehoorhulpmiddelen.

Aanvullende voorwaarden

U hebt alleen recht op deze vergoeding als voor genoemde hulpmiddelen recht bestaat op vergoeding vanuit de zorgverzekering Gewoon ZEKUR Zorg of Gewoon ZEKUR Zorg Vrij en het Reglement hulpmiddelen.

14.2. Krukken

Omschrijving

Bruikleen of vergoeding van kosten van aanschaf van krukken. Er is sprake van bruikleen als de periode van gebruik korter is dan 26 weken.

Aanvullende voorwaarden

1. U hebt recht op vergoeding als de krukken worden geleend of aangeschaft bij een door Univé gecontracteerde leverancier. De gecontracteerde leveranciers zijn vermeld op onze website. Als u krukken huurt, leent of koopt bij een niet door ons gecontracteerde leverancier, geldt een maximum vergoeding van € 25 per kalenderjaar tot het maximum van het Budget Hulpmiddelen.
2. Aanschaf van krukken vergoeden wij als uw huisarts of medisch specialist hiervoor een verwijsbrief schrijft.

14.3. Steunpessarium

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van:

- een pessarium dat bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats houdt;
- de kosten van het plaatsen van het pessarium.

Aanvullende voorwaarden

Het steunpessarium moet worden geplaatst door een huisarts.

14.4. Steunzolen

Omschrijving

Tegemoetkoming in de kosten van steunzolen: inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

Door

Steunzolen moeten zijn geleverd door een:

- podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten; of
- orthopedische instrument- of schoenmakerij die door ons is erkend; of
- register B podoloog of podoposturaal therapeut die is aangesloten bij Stichting LOOP.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Artikel 14.1 tot en met 14.4 samen maximaal € 250,- per kalenderjaar. Binnen het Budget Hulpmiddelen hebt u vrije keuze voor de in het Budget genoemde zorg.

Artikel 15. Gezichtshulpmiddelen

15.1. Brillen en contactlenzen

Omschrijving

Tegemoetkoming in de kosten van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen.

Aanvullende voorwaarden

1. Het tijdvak van drie kalenderjaren vangt aan per 1 januari van het kalenderjaar waarin voor het eerst kosten zijn gemaakt.
2. Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding als het gaat om gezichtshulpmiddelen op sterkte.
3. De kosten voor het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten maken onderdeel uit van de aanschaf.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Maximaal € 100,- per verzekerde per drie kalenderjaren

Artikel 16. Mondzorg

16.1. Tandheelkundige zorg

Omschrijving

Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half)-jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Door

Tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

Bijzonderheid

Niet vergoed worden de kosten van:

- niet-nagekomen afspraken;
- orthodontische behandelingen door een tandarts en/of orthodontist; zie hiervoor artikel 16.2 voor verzekerden tot 18 jaar;
- algehele narcose (A20).

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

75% van de kosten tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

Voorbeeld

In de loop van het kalenderjaar breekt spontaan een kies af. U krijgt een kroon op de afgebroken kies. De kosten daarvan bedragen € 500,-. Van deze nota krijgt u 75% vergoed: € 375,-. Als in hetzelfde kalenderjaar nog een kroon geplaatst moet worden dan krijgt u daar nog maximaal € 125,- van vergoed, omdat u dan uw maximum van € 500,- hebt bereikt.

16.2. Orthodontische zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Omschrijving

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten deze plegen te bieden.

Door

Tandarts of orthodontist.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Enmalig 75% van de kosten tot maximaal € 1.000,- voor de totale duur van de verzekering

Artikel 17. Preventie (Budget)

17.1. Cursussen thuiszorgorganisaties/patiëntenvereniging

Omschrijving

(Preventieve) cursussen gegeven door thuiszorgorganisaties of een patiëntenvereniging.

Door

De cursussen moeten worden gegeven door:

- een erkende thuiszorgorganisatie;
- een patiëntenvereniging aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie;
- een door ons nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Aanvullende voorwaarden

1. Stuur ons een ingevuld declaratieformulier met een kopie van een bewijs van deelname (certificaat) en een kopie van de nota van de cursus of een kopie van uw rekeningafschrift waarop het cursusbedrag vermeld staat.
2. Per gevolgde cursus wordt maximaal € 25,- per kalenderjaar vergoed.
3. Dezelfde cursus komt slechts éénmaal per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking.

17.2. EHBO-cursus

Omschrijving

Vergoeding van een cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO).

Door

Een organisatie die werkt volgens de richtlijnen van het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.ehbo.nl.

Aanvullende voorwaarden

Stuur ons een ingevuld declaratieformulier met een kopie van een bewijs van deelname (certificaat) en een kopie van de nota van de cursus of een kopie van een bankafschrift waarop het cursusbedrag vermeld staat.

17.3. Gewichtconsulent

Omschrijving

Voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist (zie artikel 18.3).

Door

Een gewichtconsulent aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN) of een nader door ons aan te wijzen zorgaanbieder. Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

17.4. Gezondheidstest

Omschrijving

Een gezondheidstest signaleert eventuele gezondheidsrisico's verbonden aan een bepaalde leefstijl en draagt bij aan het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen.

Door

De gezondheidstest moet worden uitgevoerd door een medisch zorgverlener.

Aanvullende voorwaarden

1. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van de nota waaruit blijkt dat het gaat om een gezondheidstest.
2. Binnen het budget wordt per gezondheidstest maximaal € 100,- vergoed.

17.5. Griepvaccinatie

Omschrijving

Vaccinatie ter voorkoming van griep als u niet tot de risicogroepen behoort die via het Nationaal Programma Grieppreventie in aanmerking komen voor een griepvaccin.

Door

Griepvaccinatie moet worden verleend door een huisarts of medisch specialist.

Aanvullende voorwaarden

Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding van vaccinaties als geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding uit het Nationaal Programma Grieppreventie, de Zorgverzekeringswet of via de werkgever.

17.6. Preventieve inentingen en malariapillen bij reis naar buitenland

Omschrijving

Voor vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon)meningitis, rabïes en malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis.

Door

Preventieve inentingen moeten worden verleend door vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een (huis)arts die een LCR-accreditatie en gele koorts registratie heeft. De zorgaanbieders met een accreditatie van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvies vindt u op www.lcr.nl. U vindt op www.lcr.nl ook of uw arts een gele koortsregistratie heeft. Malariapillen moeten worden geleverd door een gecontracteerde apotheek of apotheekhoudend huisarts.

17.7. Reanimatiecursus

Omschrijving

Vergoeding van een reanimatiecursus.

Door

Een reanimatiecursus moet worden verleend door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR).

17.8. Sport Medisch Advies

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een consult of keuring.

Door

Het consult of de keuring door een sportarts moet plaatsvinden in een Sport Medisch Centrum aangesloten bij de Federatie van Sport Medische instellingen. Op www.sportgeneeskunde.com vindt u de lijst met aangesloten instellingen.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Artikel 17.1. tot en met 17.8. maximaal € 200,- per kalenderjaar.
Binnen het budget Preventie heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg.

17.9. Lidmaatschap patiëntenvereniging

Omschrijving

Tegemoetkoming in de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie.

Aanvullende voorwaarden

1. Stuur ons een ingevuld declaratieformulier met een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.
2. Per kalenderjaar komt het lidmaatschap van één patiëntenvereniging voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Eenmalig maximaal € 25,-

17.10. Sport en spel voor hartpatiënten

Omschrijving

Vergoeding van deelname aan activiteiten voor hartpatiënten.

Door

Sportorganisaties voor hartpatiënten.

Aanvullende voorwaarden

1. Er is sprake van een hartaandoening, bijvoorbeeld na een doorgemaakt hartinfarct, dotterprocedure of open hartoperatie.
2. De activiteiten vinden plaats onder deskundige begeleiding met schriftelijke goedkeuring van de behandelend arts of medisch specialist.
3. De nota is vergezeld van deze schriftelijke goedkeuring.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Maximaal € 25,- per twee kalenderjaren

Artikel 18. Therapieën (Budget)

18.1. Acnebehandeling

Omschrijving

Behandeling bij ernstige vorm van acne.

Door

Een door ons voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op ZEKUR.nl/zorgvinder. Gaat u naar zorgaanbieder die niet door ons voor deze zorg is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijzingsvereisten

Voor behandeling van acne is een verwijzing van de huisarts of medisch specialist nodig.

Aanvullende voorwaarden

Onder een ernstige vorm van acne wordt verstaan: een ontsierende en psychologisch belastende tijdelijke huidaan- doening waarbij een reëel gevaar bestaat dat uitgebreide littekenvorming optreedt die grotendeels onherstelbaar is.

18.2. Camouflagetherapie

Omschrijving

Kosten van te volgen lessen en te gebruiken producten gericht op het minder opvallend maken van littekens en andere huidaandoeningen met kleurafwijkingen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gezicht en/of de hals.

Door

Een door ons voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op ZEKUR.nl/zorgvinder. Gaat u naar zorgaanbieder die niet door ons voor deze zorg is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijzingsvereisten

Voor camouflagetherapie is een verwijzing van de huisarts of medisch specialist nodig.

18.3. Dieetadvisering

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van voorlichting, met een medisch doel, over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Vanuit de zorgverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg of Gewoon ZEKUR Zorg Vrij) hebt u aanspraak op drie behandeluren dieetadvisering. De vergoeding van Extra ZEKUR Zorg vormt een aanvulling hierop. Hebt u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of een verhoogd vasculair risico en ontvangt u hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in de zorgverzekering? Dan wordt de dieetadvisering voor deze en gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd en hebt u geen recht op vergoeding uit dit artikel.

Door

Diëtist. Een overzicht van de door ons gecontracteerde diëtisten vindt u op onze website. Gaat u naar een diëtist waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een maximale vergoeding per behandeling overeenkomstig de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. U vindt deze lijst op ZEKUR.nl/documenten.

Waar

Dieetadvisering moet plaatsvinden in de praktijk van de diëtist, thuiszorginstelling, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

Voorschrijfvereisten

Voor dieetadvisering is een voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of tandarts vereist.

Aanvullende voorwaarden

De kosten van voedingsmiddelen en dieetpreparaten, ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven, worden op grond van dit artikel niet vergoed.

18.4. Elektrische epilatie en laserontharing

Omschrijving

Elektrische epilatie en laserontharing in geval van abnormale en ernstig ontsierende haargroei in het gelaat.

Door

Een door ons voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op ZEKUR.nl. Gaat u naar zorgaanbieder die niet door ons voor deze zorg is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijzingsvereisten

Voor behandeling van acne is een verwijzing van de huisarts of medisch specialist vereist.

18.5. Ergotherapie

Omschrijving

Behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of herstellen.

Door

Ergotherapeut. Een overzicht van door ons gecontracteerde ergotherapeuten vindt u op onze website. Gaat u naar een ergotherapeut waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een maximale vergoeding per behandeling overeenkomstig de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. U vindt deze lijst op ZEKUR.nl/documenten.

Waar

Ergotherapie moet plaatsvinden in de praktijkruimte van de ergotherapeut, ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

18.6. Flebologie en proctologie

Omschrijving

Behandeling van aandoeningen van de bloedvaten en/of aambeien inclusief de kosten van de door de arts gegeven injecties.

Door

Een arts die zich in de behandelingen heeft gespecialiseerd, maar niet als medisch specialist is erkend.

18.7. Fysiotherapie en oefentherapie

Omschrijving

Fysiotherapie en oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze plegen te bieden.

Beweegzorg omvat:

1. fysiotherapie;
2. oedeemtherapie;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Door

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut;
2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut;

Een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op ZEKUR.nl/zorgvinder.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een maximale vergoeding per behandeling overeenkomstig de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

U vindt deze lijst op ZEKUR.nl/documenten.

Waar

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Verwijzingsvereisten

Voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie is een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist vereist. Als u naar een gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat, is geen verwijzing vereist.

Aanvullende voorwaarden

Jonger dan 18 jaar

1. Niet-chronische aandoeningen:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;

18 jaar en ouder

2. Chronische aandoeningen:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van behandelingen tot het maximum van het Budget Therapieën voor alle zorg in het budget samen. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht zorg vanwege de zorgverzekering.

Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist.

Uw eigen risico is van toepassing op deze zorg. Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering);

3. Niet-chronische aandoeningen:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot het maximum van het Budget Therapieën voor alle zorg in het budget samen. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie);

4. Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:

Vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering. Uw eigen risico is van toepassing op deze zorg;

5. U hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie en/of oefentherapie worden beschouwd.

Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of re-integratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

18.8. Herstel en Balans

Omschrijving

Het revalidatieprogramma Herstel en Balans is voor patiënten met kanker die aansluitend op de behandeling door een medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Door

Het revalidatieprogramma Herstel en Balans moet worden verleend door een instelling die is gecertificeerd door de Stichting Herstel en Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl.

Voorschrijfvereisten

Voor het revalidatieprogramma Herstel en Balans is een voorschrift van behandelend medisch specialist vereist.

18.9. Herstellingsoord en zorghotel

Omschrijving

Vergoeding van de verblijfskosten in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

1. aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
2. als uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of 'burn-out'.

Waar

Verblijf moet plaatsvinden in een door ons gecontracteerd zorghotel of herstellingsoord. De door ons gecontracteerde zorghotels en herstellingsoorden vindt u op ZEKUR.nl/zorgvinder.

Gaat u naar een niet door ons gecontracteerd zorghotel of herstellingsoord? Dan vergoeden wij de kosten niet.

18.10. Kuurbehandeling

Omschrijving

Een in groepsverband georganiseerde kuurreis met verblijf en behandeling in een kuuroord voor verzekerden met een ernstige vorm van reumatoïde artritis, artritis psoriatica of de ziekte van Bechterew.

Door

De reis moet geboekt worden via DH-reizen (www.dh-reizen.nl).

Verwijzingsvereisten

Voor een kuurbehandeling is een verwijzing van de behandelend reumatoloog vereist.

Aanvullende voorwaarden

Kosten van reizen die individueel zijn ondernomen komen niet voor vergoeding in aanmerking. Dit geldt ook voor de hieraan verbonden kosten van verblijf.

18.11. Oedeemtherapie en lymfdrainage**Omschrijving**

Vergoeding van de kosten van oedeemtherapie en lymfdrainage.

Door

Oedeemtherapie moet worden verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een huidtherapeut met wie wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een maximale vergoeding per behandeling overeenkomstig de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. U vindt deze lijst op ZEKUR.nl/documenten.

Verwijzingsvereisten

Voor oedeemtherapie is een verwijzing van de behandelend medisch specialist vereist.

Aanvullende voorwaarden

1. Voor oedeemtherapie door een fysiotherapeut zie artikel 18.7.
2. Als uw behandelaar het medisch noodzakelijk acht, vergoeden wij ook de toeslag voor behandeling bij de verzekerde thuis.

18.12. Pedicure voor reumapatiënten**Omschrijving**

Vergoeding van de kosten van consulten en behandelingen voor voetverzorging voor verzekerden met reumatoïde artritis.

Door

Een pedicure met aantekening 'reumatische voet' of medisch pedicure, die is geregistreerd in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

Verwijzingsvereisten

Een verwijzing van de behandelend medisch specialist of arts is vereist.

18.13. Podotherapie**Omschrijving**

Vergoeding van consulten en behandelingen voor podotherapie.

Door

Podotherapie moet worden verleend door een podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten en staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

18.14. Stottertherapie of -coaching

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van stottertherapie of coaching.

Door

Een door de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST) erkende stottertherapeut.

Verwijzingsvereisten

Voor stottertherapie of -coaching is een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist vereist.

Aanvullende voorwaarden

Bijkomende kosten, zoals reis- en/of verblijfskosten, worden niet vergoed.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)	Artikel 18.1. tot en met 18.14 maximaal € 500,- per kalenderjaar. Binnen het budget therapieën heeft u vrije keuze van de in het budget genoemde zorg
--	--

18.15. Traumaopvang

Omschrijving

Gedeeltelijke vergoeding van de kosten voor opvang na een schokkende gebeurtenis in Nederland als de verzekerde getroffen of direct betrokkene is.

Onder schokkende gebeurtenis wordt verstaan:

- overval;
- gijzeling;
- agressie of ongeval waarbij zich (ook) letselschade voordoet;
- agressie op de werkplek;
- ongewenste omgangsvormen.

Aanvullende voorwaarden

1. De gebeurtenis moet een acute ontwrichting van het bestaan tot gevolg hebben;
2. De gebeurtenis moet aantoonbaar zijn in de vorm van een aangifte bij de politie.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)	Enmalig € 25,- voor de totale duur van de verzekering
--	---

Artikel 19. Thuiszorgverstrekkingen

19.1 Mantelzorgmakelaar

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een mantelzorgmakelaar. Een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorger door het overnemen van regeltaken op het gebied van zorg, welzijn en financiën. Hierdoor kan de mantelzorger de zorgtaken beter combineren met werk en privéleven.

Door

Voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met Zorgadvies en bemiddeling op telefoonnummer 088 131 16 17. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een gecontracteerde mantelzorgmakelaar. Gaat u zonder verwijzing van Zorgadvies en bemiddeling naar een mantelzorgmakelaar? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aanvullende voorwaarden

1. De door ons gecontracteerde mantelzorgmakelaar bepaalt het aantal uren dat wordt toegekend.
2. Er bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding als:
 - a. de verzekerde degene is die de mantelzorg ontvangt of;
 - b. de verzekerde degene is die de mantelzorg verleent.
3. Verleende zorg door een mantelzorgmakelaar komt slechts éénmaal voor vergoeding in aanmerking en kan niet zowel door de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt worden gedeclareerd.

19.2. Verblijfskosten logeer-, gasthuizen, Ronald McDonaldhuizen en familiehuizen

Omschrijving

Overnachting in:

- een logeer- of gasthuis voor een chronisch ziek meeverzekerd kind of;
- een RonaldMcDonalddhuis of een daaraan gelijkgestelde instelling voor ouders van een meeverzekerd kind dat voor behandeling wordt opgenomen in het ziekenhuis.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Artikel 19.1 en 19.2 samen maximaal € 250,- per kalenderjaar.

19.3. Hospicezorg

Omschrijving

Kortdurende opvang buitenshuis in daartoe specifiek ingerichte ruimtes waar ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven worden begeleid en verzorgd door professionele hulpverleners en/of vrijwilligers.

Waar

Hospicezorg moet plaatsvinden in een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Op www.agora.nl/zorgkiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend is? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aanvullende voorwaarden

De vergoeding geldt niet voor eigen bijdragen bij opvang in een verpleeghuis, verzorgingshuis of ziekenhuis.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Tegemoetkoming in de eigen bijdrage tot maximaal € 25,- per dag

Artikel 20. Medisch specialistische zorg

20.1. Sterilisatie

Omschrijving

Methode van definitieve anticonceptie door middel van een operatieve ingreep bij een man of vrouw.

Door

Sterilisatie moet worden verricht door een medisch specialist of huisarts.

Voorschrijfvereisten

Voor sterilisatie is een voorschrift van de huisarts vereist.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Enmalig volledige vergoeding voor de totale duur van de verzekering

20.2. Besnijdenis (medische circumcisie)

Omschrijving

Vergoeding van een medisch noodzakelijke besnijdenis (circumcisie).

Door

Een door ons voor deze zorg gecontracteerd medisch specialist of een arts in een vestiging van het Besnijdenis Centrum Nederland. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op ZEKUR.nl.

Gaat u naar zorgaanbieder die niet door ons voor deze zorg is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Toestemming

U hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Volledig

III. Vergoedingen Aanvullend ZEKUR Tand, Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie, Aanvullend ZEKUR Buitenland

Omvang van de dekking

Als u Aanvullend ZEKUR Tand, Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie en/of Aanvullend ZEKUR Buitenland hebt afgesloten, kunt u aanspraak maken op vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in artikel 21 tot en met 23. De vergoeding vindt u onderaan het artikel.

Artikel 21. Aanvullend ZEKUR Tand

21.1 Tandheelkundige zorg

Omschrijving

Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half-)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Door

tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

Aanvullende voorwaarden

1. niet vergoed worden de kosten van:
 - niet nagekomen afspraken;
 - orthodontische zorg;
 - algehele narcose (A20).
2. de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

Vergoeding

Aanvullend ZEKUR Tand (indien verzekerd)	75% tot maximaal € 250 per kalenderjaar
---	---

Artikel 22. Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie

22.1 Fysiotherapie

Omschrijving

Fysiotherapie en oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze plegen te bieden. Bewegzorg bestaat uit:

1. fysiotherapie;
2. oedeemtherapie;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Door

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut;
2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut.

Waar

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Jonger dan 18 jaar

7. Niet-chronische aandoeningen:
U hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;

18 jaar en ouder

8. Chronische aandoeningen:
U hebt recht op vergoeding van de kosten van maximaal 9 behandelingen als u Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie hebt afgesloten. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht zorg vanwege de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist. Uw eigen risico is van toepassing op deze zorg. Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering);
9. Niet-chronische aandoeningen:
U hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal 9 behandelingen als u Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie hebt afgesloten. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie);
10. Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:
Vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering. Uw eigen risico is van toepassing op deze zorg;
11. U hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie en/of oefentherapie worden beschouwd.
Voorbeelden hiervan zijn:
 - arbocuratieve of re-integratietrajecten;
 - behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Vergoeding

Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie (indien verzekerd)	Maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
--	---

Artikel 23. Aanvullend ZEKUR Buitenland

23.1 Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering (Gewoon ZEKUR Zorg en Gewoon ZEKUR Zorg Vrij) ontvangt. Het eigen risico van uw zorgverzekering vergoeden wij niet. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U hebt recht op vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers die gold op de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

Bij opname in een ziekenhuis en/of langdurige medische behandeling moet u de ZEKUR Alarmcentrale bellen: +31(0) 40 297 57 60 (+= internationaal toegangsnummer). Zonder inschakeling van de ZEKUR Alarmcentrale hebt u voor een opname in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling geen recht op vergoeding uit Aanvullend ZEKUR Buitenland. Onder ziekenhuisopname verstaan wij een behandeling van één of meer nachten in een ziekenhuis/instelling.

23.2 Repatriëring

Omschrijving

uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Door

ZEKUR Alarmcentrale +31(0) 40 297 57 60 (+= internationaal toegangsnummer). Wordt de repatriëring niet verzorgd door de ZEKUR Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden

de ZEKUR Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

Vergoeding

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

Volledig

IV. Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering: De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekeringen van ZEKUR: Extra ZEKUR Zorg, Aanvullend ZEKUR Tand, Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie en Aanvullend ZEKUR Buitenland. Extra ZEKUR Zorg is inclusief een ZEKUR Doorlopende Reisverzekering en een ZEKUR Doorlopende Annuleringsverzekering. Aanvullend ZEKUR Buitenland is inclusief een ZEKUR Doorlopende Reisverzekering.

Collectieve overeenkomst: Een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in de overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventueel een aanvullende verzekering te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): Een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Eigen bijdrage: Een vastgesteld bedrag/aandeel van de volgens de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komende kosten, die de verzekerde zelf moet dragen voordat het resterende deel van die kosten voor vergoeding in aanmerking komt.

Fraude: Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Kindpremie: De premie die de verzekeringnemer verschuldigd is voor kinderen tot 18 jaar tot de eerste dag van de maand volgend op de 18e verjaardag. Onder kinderen verstaan wij meeverzekerde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen jonger dan 18 jaar.

Mantelzorger: Een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald meer dan 8 uur per week of langer dan 3 maanden voor iemand chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dat kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht.

Schriftelijk: Waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'.

Toestemming (machtiging): Een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

U: Verzekeringnemer en/of verzekerde.

Univé: Univé: N.V. Univé Zorg, statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 37112407, N.V. Univé Zorg is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandse Bank (DNB), vergunningnummer: 12000665. N.V. Univé Zorg is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt N.V. Univé Zorg aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Verblijf: Verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde: Degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door ons, is vermeld.

Verzekeringnemer: Degene die met ons de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Wmg-tarieven: Tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: Een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorghotel: Een door ons gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverzekering: Een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

ZEKUR.nl

Veel verzekering voor weinig

Algemeen Reglement

Dit Algemeen Reglement geldt alleen voor de:

- Voorwaarden ZEKUR Doorlopende Reisverzekering (ZDR-4), en
- Voorwaarden ZEKUR Doorlopende Annuleringsverzekering (ZDA-1)

ALGEMEEN REGLEMENT ALG-5

In dit Algemeen Reglement zijn afspraken vastgelegd die voor schade- en sommenverzekeringen van Univé gelden. In de speciale reglementen staan de afspraken tussen u en Univé die meer betrekking hebben op de soort verzekering. Per verzekering vormen het Algemeen Reglement en speciale reglementen die van toepassing zijn, één geheel.

Inhoudsopgave	artikel
– Betekenis van begrippen	1
– Algemene bepalingen	2, 3 en 4
– Ingang, duur en einde van de verzekering	5, 6, 7 en 8
– Premie	9, 10 en 11
– Verplichtingen bij schade	12 en 13
– Uitsluitingen	14, 15, 16 en 17
– Verjaring	18
– Terrorismedekking	19
– Wijziging van premie en/of voorwaarden	20
– Geschillen en klachten	21 en 22
– Overige	23 en 24

BETEKENIS VAN DE BEGRIPPEN

Artikel 1 Begrippen

In het Algemeen Reglement en de speciale reglementen hebben de onderstaande begrippen de volgende betekenis.

- 1.1. *Verzekering*
De overeenkomst in de zin van artikel 7:925 BW waarbij een in de polis omschreven belang wordt verzekerd tegen een risico zoals aangegeven in het speciaal reglement dat in de polis van toepassing is verklaard. Deze overeenkomst biedt slechts dekking voor schade voorzover deze het gevolg is van een gebeurtenis waarvan voor de partijen, de verzekerde en/of de tot uitkering gerechtigde ten tijde van het sluiten van de verzekering onzeker was dat daaruit voor verzekerde, of de derde die jegens verzekeraar of verzekerde aanspraak maakt op vergoeding, schade was ontstaan, danwel naar de normale loop van de omstandigheden nog zou ontstaan. Deze overeenkomst biedt geen dekking voor schade als gevolg van een gebeurtenis die heeft plaatsgevonden vóór het sluiten van de verzekering.
- 1.2. *Verzekeringspakket*
De afzonderlijke verzekeringen zoals vermeld op het pakketoverzicht.
- 1.3. *Pakketoverzicht*
Het bij het verzekeringspakket behorende overzicht van afzonderlijke verzekeringen. Overal waar het woord pakketoverzicht staat kan tevens gelezen worden, premienota.
- 1.4. *Pakketvervaldatum*
De vastgestelde datum waarop de voor het verzekeringspakket jaarlijks te betalen premie, kosten en assurantiebelaasting verschuldigd zijn. Overal waar het woord pakketvervaldatum staat kan tevens gelezen worden premievervaldatum.
- 1.5. *Contractvervaldatum*
De in de polis aangegeven datum waarop de verzekering eindigt en alle volgende data welke liggen aan het einde van de termijn waarmee de verzekering daarna stilzwijgend is verlengd.
- 1.6. *Verzekeraar*
De verzekeraar genoemd op het polisblad.
- 1.7. *Verzekeringnemer*
Degene die bij de verzekeraar een verzekering heeft gesloten.
- 1.8. *Verzekerde*
Voor schadeverzekering is een verzekerde degene die in geval van door hem geleden schade op grond van de verzekering recht heeft op vergoeding of door aanvaarding van de aanwijzing recht op vergoeding kan krijgen. Voor sommenverzekering is een verzekerde degene op wiens leven of gezondheid de verzekering betrekking heeft.
- 1.9. *Tot uitkering gerechtigde*
Degene die in geval van verwezenlijking van het risico op grond van de verzekering recht heeft op uitkering of door aanvaarding van de aanwijzing recht op uitkering kan krijgen.
- 1.10. *Bemiddelaar*
De rechtspersoon die aan de totstandkoming en/of instandhouding van het verzekeringspakket meewerkt.
- 1.11. *Brand*
Een door verbranding veroorzaakt en met vlammen gepaard gaand vuur buiten een haard, dat in staat is zich op eigen kracht voort te planten. Daarom is onder andere geen brand:
 - zegen, schroeien, smelten, verkolen, broeien;
 - doorbranden van elektrische apparaten en motoren;
 - oververhitten, doorbranden, doorbreken van ovens en ketels.
- 1.12. *Ontploffing*
Een plotseling verlopende hevige krachtsuiting van gas- en of dampen, zulks met inachtneming van het hierna bepaalde. Is de ontploffing ontstaan binnen een - al dan niet gesloten - vat, dan is aan het vereiste van een plotseling verlopende krachtsuiting voldaan, indien de wand van het vat onder de druk van de zich daarin bevindende gas- en of dampen (onverschillig hoe deze gas- en of dampen zijn ontstaan en onverschillig of zij reeds voor de ontploffing aanwezig waren dan wel eerst tijdens deze ontwikkeld werden) een zodanige scheiding heeft ondergaan dat door het uitstromen van gas, damp, of vloeistof uit de door de scheiding gevormde opening, de druk binnen en buiten het vat plotseling aan elkaar gelijk zijn geworden. Is dit niet het geval of is de ontploffing buiten een vat ontstaan, dan moet de plotseling verlopende hevige krachtsuiting de onmiddellijke werking zijn geweest van gas- en of dampen, welke door een scheikundige reactie van vaste, vloeibare, gas- of dampvormige stoffen of een mengsel daarvan, zijn ontwikkeld of tot uitzetting gebracht. De bij deze nadere omschrijving behorende toelichting is door de Vereniging van Brandassurateurs in Nederland ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te Utrecht op 5 mei 1982 onder nummer 275/82 gedeponneerd.
- 1.13. *Storm*
Een wind met een snelheid van tenminste veertien meter per seconde (windkracht 7 of hoger).
- 1.14. *Neervallen van luchtvaartuigen*
Het getroffen worden door een vertrekkend, vliegend, landend of vallend lucht- of ruimtevaartuig, dan wel een daaraan verbonden, daarvan losgeraakt, daaruit geworpen of daaruit gevallen projectiel, ontploffingsmiddel of ander voorwerp, alsmede enig ander voorwerp dat getroffen is door enig hier genoemd voorwerp.
- 1.15. *Molest*
 - gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de één de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen, bestrijden. Onder gewapend conflict wordt ook verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
 - burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van een zelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van de staat betrokken is;
 - opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
 - binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
 - oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
 - muiterij: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht,

gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn. Deze nadere omschrijving vormt een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponeerd.

- 1.16. *Atoomkernreacties*
Iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.
- 1.17. *Overstroming*
Overstroming als gevolg van het bezwijken of overlopen van dijken, kaden, sluisen, oevers of andere waterkeringen.
- 1.18. *Fraude*
Het opzettelijk misleiden en/of trachten te misleiden van de verzekeraar ten einde een uitkering te verkrijgen onder de polis, dan wel anderszins voordeel te verkrijgen, zonder dat er rechtens een recht op de uitkering of dat voordeel bestaat (bijvoorbeeld het overleggen van valse of vervalste nota's, het opgeven van een onjuiste of onvolledige schadeoorzaak of -omvang, gebruik van een valse naam of identiteit).

ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

De verzekering is aangegaan op grond van de door of namens de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of tot uitkering gerechtigde ingediende aanvraag. Tot de aanvraag worden gerekend alle door of namens de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of tot uitkering gerechtigde verstrekte gegevens. De verzekeringnemer is ook gehouden feiten die verzekerde kent of behoort te kennen mede te delen.

Artikel 3 Rechten en verplichtingen

- 3.1. De rechten en verplichtingen van de verzekeringnemer, de verzekerden, de tot uitkering gerechtigde en de verzekeraar worden bepaald door de statuten van de verzekeraar (ingeval de verzekeraar een onderlinge waarborg maatschappij of een N.V. Brandverzekeraar is), de inhoud van de polis en de in deze polis van toepassing verklaarde Algemeen Reglement en speciale reglementen en clausules. Bij strijdigheid tussen clausules en een bepaling van de reglementen gaan de clausules voor. Bij strijdigheid tussen bepalingen van het algemeen reglement en bepalingen uit het speciaal reglement dan gaan de bepalingen van het speciaal reglement voor.
- 3.2. Indien de inhoud van de polis niet in overeenstemming is met hetgeen werd overeengekomen, dient de verzekeringnemer binnen vier weken na ontvangst van de polis de verzekeraar schriftelijk te verzoeken om verbetering.
- 3.3. Het pakketoverzicht geeft uitsluitend de betalingsverplichtingen van de verzekeringnemer weer, de met hem getroffen betalingsregeling en het van toepassing zijn van een voordeelregeling.
Aan het pakketoverzicht kunnen geen rechten worden ontleend.
- 3.4. Alle op een polis vermelde verzekeringnemers zijn hoofdelijk verplicht tot nakoming van alle verplichtingen op grond van de verzekering.
- 3.5. De verzekeringnemer is verplicht gewijzigde omstandigheden zo spoedig mogelijk schriftelijk mede te delen aan de verzekeraar. Een verzwaring van het gezondheidsrisico bij persoonsverzekeringen is geen gewijzigde omstandigheid.

Artikel 4 Adres

Schriftelijke stukken van de verzekeraar, verzonden aan de verzekeringnemer op zijn laatst bij de verzekeraar bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

INGANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

Artikel 5 Ingang en duur van de verzekering

- 5.1. *Ingang*
De verzekering gaat in om 0.00 uur op de dag welke onder "ingangsdatum" in de polis is aangegeven, maar nooit eerder dan op het moment waarop door of namens de verzekeraar dekking is verleend.
- 5.2. *Duur*
De verzekering heeft een op het polisblad vermelde geldigheidsduur en wordt telkens stilzwijgend met een zelfde termijn verlengd.

Artikel 6 Einde van de verzekering door opzegging door verzekeraar of van rechtswege

- 6.1. De verzekering eindigt te 0.00 uur in de volgende situaties door een schriftelijke opzegging door verzekeraar:
 - a. tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur of, indien de geldigheidsduur meer dan vijf jaar belooft, telkens tegen het einde van het vijfde verzekeringsjaar, met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;
 - b. binnen één maand nadat een gebeurtenis die voor verzekeraar tot een uitkeringsverplichting kan leiden, door verzekeringnemer en/of verzekerde aan verzekeraar is gemeld of nadat verzekeraar een uitkering krachtens de verzekering heeft gedaan dan wel heeft afgewezen. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief. Hiervan kan worden afgeweken in het geval dat de opzegging verband houdt met fraude van een verzekerde en/of verzekeringnemer;
 - c. tegen het begin van een nieuw verzekeringsjaar volgend op een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mits de opzegging geschiedt binnen één maand na het verstrijken van laatstgenoemd verzekeringsjaar;
 - d. indien verzekeringnemer de premie verschuldigd op de eerste premievervaldag niet tijdig betaalt of weigert te betalen alsmede indien verzekeringnemer de vervolgpremie niet tijdig betaalt of weigert te betalen, in het laatste geval echter uitsluitend indien verzekeraar verzekeringnemer na het verstrijken van de premievervaldag vruchteloos tot betaling van de vervolgpremie heeft aangemaand. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het in geval van niet-tijdige betaling niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
 - e. binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met het opzet verzekeraar te misleiden dan wel verzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum;
 - f. nadat verzekeringnemer aan verzekeraar gewijzigde omstandigheden heeft meegedeeld en verzekeraar op grond van deze omstandigheden de verzekering niet wenst voort te zetten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
 - g. nadat de verzekeraar aan de verzekeringnemer schriftelijk heeft medegedeeld de verzekering niet of niet ongewijzigd te willen voortzetten op grond dat verzekeringnemer verzuimd heeft gewijzigde omstandigheden te melden aan verzekeraar. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.
- 6.2. De verzekering eindigt direct:
 - a. zodra het belang van de verzekeringnemer en/of verzekerde of van hun erfgenamen bij de verzekering eindigt of de verzekeringnemer en/of verzekerde de feitelijke macht over het verzekerd object verliezen. Zij zijn verplicht dit binnen acht dagen aan de verzekeraar te melden;
 - b. nadat de verzekeringnemer en/of verzekerde in staat van faillissement is geraakt of surseance van betaling dan wel een wettelijke schuldsaneringsregeling heeft verkregen. Zij zijn verplicht dit binnen acht dagen aan de verzekeraar te melden. De curator respectievelijk de bewindvoerder kan binnen veertien dagen na genoemde feiten aan de verzekeraar verzoeken de verzekering tegen zekerheidsstelling voor reeds vervallen en nog te betalen premie tegen al dan niet gewijzigde voorwaarden en premie ten behoeve van de boedel voort te zetten. Indien de verzekeraar dit verzoek inwilligt wordt de verzekering geacht nimmer te zijn geëindigd;

Artikel 7 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer:

- a. tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur of, indien de geldigheidsduur meer dan vijf jaar belooft,

- telkens tegen het einde van het vijfde verzekeringsjaar, met inachtneming van een opzeggingstermijn van een maand;
- b. binnen één maand nadat een gebeurtenis die voor verzekeraar tot een uitkeringsverplichting kan leiden, door verzekerde aan verzekeraar is gemeld of nadat verzekeraar een uitkering krachtens de verzekering heeft gedaan dan wel heeft afgewezen. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, doch niet eerder dan de datum waarop verzekeraar de opzeggingsbrief heeft ontvangen;
 - c. binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling van verzekeraar, houdende een wijziging van de premie en/of voorwaarden ten nadele van de verzekeringsnemer en/of verzekerde op grond van artikel 20.1 of 20.2. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van verzekeraar ingaat (zij het niet eerder dan dertig dagen na de datum van dagtekening van bedoelde mededeling). De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door verzekeringsnemer geldt niet indien:
 - de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regeling of bepalingen;
 - de wijziging een verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking inhoudt;
 - de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens voor de verzekerde waaraan de premie is gekoppeld.
 - d. tegen het begin van een nieuw verzekeringsjaar volgend op een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mits de opzegging geschiedt binnen één maand na het verstrijken van laatstgenoemd verzekeringsjaar;
 - e. binnen twee maanden nadat verzekeraar tegenover verzekeringsnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
 - f. binnen twee maanden nadat verzekeraar aan verzekeringsnemer schriftelijk heeft medegedeeld op grond van gewijzigde omstandigheden de verzekering niet te willen voortzetten.

Artikel 8 Misbruik van vertrouwen, fraude

- 8.1. *Einde van de verzekering(-en)*
De verzekering eindigt direct nadat de verzekeraar aan de verzekeringsnemer schriftelijk heeft meegedeeld dat op voortzetting van de verzekering geen prijs meer wordt gesteld naar aanleiding van een gebeurtenis waarbij de verzekeringsnemer en/of verzekerde(n) en/of tot uitkering gerechtigde fraude heeft gepleegd jegens de verzekeraar of een ander tot de Univé-groep behorende rechtspersoon. Bovendien behouden de verzekeraar en de andere tot de Univé-groep behorende rechtspersonen zich in deze gevallen het recht voor ook andere bij hen gesloten verzekeringen tussentijds te beëindigen. De tot de Univé-groep behorende rechtspersonen zijn gedefinieerd in bijlage 1 van de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé genoemd in artikel 23 van dit reglement.
- 8.2. *Gevolgen*
De verzekeraar kan de voor zijn rekening gemaakte kosten (bijvoorbeeld onderzoekskosten naar de toedracht van de schade) verhalen op de verzekeringsnemer en/of verzekerde en/of de tot uitkering gerechtigde of andere betrokkenen die een onjuiste voorstelling van zaken heeft (hebben) gegeven. De persoonsgegevens van betrokkenen kunnen ter voorkoming en bestrijding van fraude worden opgenomen in de daarvoor bestemde registers met in achtneming van het bepaalde in artikel 23 van dit algemeen reglement.

PREMIE

Artikel 9 Premiebetaling

- 9.1. De verzekeringsnemer is verplicht de premie bij vooruitbetaling te voldoen, uiterlijk op de dag/binnen de termijn genoemd in het pakketoverzicht (premienota).
- 9.2. Indien de verzekeringsnemer de aanvangspremie niet uiterlijk op de dertigste dag na ontvangst van het betalingsverzoek betaalt of weigert te betalen, wordt zonder dat een nadere ingebrekestelling door de verzekeraar is vereist geen dekking verleend ten aanzien van alle gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.
- 9.3. Onder aanvangspremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringsnemer in verband met een tussentijdse wijziging van de verzekering verschuldigd wordt.

- 9.4. Indien de verzekeringsnemer de vervolgpremie weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.
- 9.5. Indien de verzekeringsnemer de vervolgpremie niet tijdig betaalt, wordt geen dekking verleend ten aanzien van gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden vanaf de vijftiende dag nadat de verzekeraar de verzekeringsnemer na de vervalddag schriftelijk, onder vermelding van de gevolgen van niet betalen, heeft aangemaand en betaling is uitgebleven.
- 9.6. Onder vervolgpremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringsnemer bij stilzwijgende verlenging van de verzekering verschuldigd wordt.
- 9.7. De verzekeringsnemer blijft gehouden de premie te voldoen.
- 9.8. De dekking wordt weer van kracht voor gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden na de dag waarop hetgeen de verzekeringsnemer verschuldigd is, voor het geheel door de verzekeraar is ontvangen. In geval van overeengekomen termijnbetalingen geldt dat de dekking eerst in kracht wordt hersteld nadat alle onbetaald gebleven termijnen zijn voldaan.
- 9.9. Bij te late betaling is de verzekeringsnemer verplicht de buitengerechtigde kosten en wettelijke rente te betalen.

Artikel 10 Betaling in termijnen

Indien op een verzoek om automatische afschrijving geen betaling wordt ontvangen, zal het verzoek om betaling eenmalig op een nader te bepalen wijze worden herhaald. Indien binnen tien dagen na dit herhaalde verzoek geen betaling is ontvangen, vervalt de betalingsregeling en zijn alle premies, kosten en belastingen voor het gehele pakket voor de nog resterende verzekeringstermijn terstond volledig verschuldigd.

Artikel 11 Premierestitutie

- 11.1. Bij beëindiging van de verzekering tussen twee pakketvervaldata is slechts premie verschuldigd tot het tijdstip van de tussentijdse beëindiging. De verzekeraar zal de reeds ontvangen premie over de resterende termijn tot de eerstvolgende vervaldatum restitueren onder inhouding van een billijke vergoeding.
- 11.2. Bij opzegging wegens fraude bestaat geen recht op premierestitutie.

VERPLICHTINGEN BIJ SCHADE

Artikel 12 Verplichtingen en sancties

- 12.1. *Schademeldingsplicht*
Zodra verzekeringsnemer of verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van de verwezenlijking van het verzekerde risico die voor verzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan verzekeraar te melden.
- 12.2. *Aangifteplicht*
Wanneer sprake is van een misdrijf of van een vermoeden van een misdrijf dient de verzekeringsnemer of verzekerde van de schadegebeurtenis aangifte te doen bij de politie en hierbij de naam van de verzekeraar en polisnummer te vermelden (bijvoorbeeld in geval van inbraak, diefstal, al dan niet met geweld, beroving, vermissing en verduistering, dan wel opzettelijk door derden toegebrachte schade).
- 12.3. *Schade-informatieplicht*
De verzekeringsnemer, de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar en door verzekeraar ingeschakelde derden alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht of zijn verhaalsplicht te beoordelen.
- 12.4. *Plicht tot melding andere verzekeringen*
De verzekerde en/of verzekeringsnemer is in geval van schade verplicht aan de verzekeraar alle overige hem bekende verzekeringen, die op dat moment op hetzelfde belang van kracht zijn, op te geven.
- 12.5. *Medewerkingsplicht*
Verzekeringsnemer, de verzekerde en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van verzekeraar zou kunnen benadelen.
- 12.6. *Sanctie bij niet nakomen verplichtingen*
De schade-uitkering kan worden verminderd met de door de verzekeraar geleden schade indien de hierboven genoemde verplichtingen niet zijn nagekomen. Aan deze verzekering

kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de onder 12.1 en/of 12.3 genoemde verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de redelijke belangen van verzekeraar heeft benadeeld. Bij schending van de verplichtingen onder 12.2, 12.4 en 12.5 kan de verzekeraar zich beroepen op tekortkoming van de nakoming van de verzekering.

Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer, de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor onder 12.1 en/of 12.3 genoemde verplichtingen niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

Artikel 13 Bereddingsplicht en bereddingskosten

- 13.1. De verzekeringnemer of verzekerde of tot uitkering gerechtigde is binnen redelijke grenzen verplicht alle mogelijke maatregelen te nemen om verdere schade te voorkomen of te beperken en alle aanwijzingen van de verzekeraar stipt op te volgen.
- 13.2. De verzekeraar vergoedt de kosten die aan de onder 13.1 genoemde maatregelen zijn verbonden en de schade aan zaken die bij de onder 13.1 genoemde maatregel zijn ingezet tot maximaal het bedrag van de verzekerde som, tenzij in het speciaal reglement of in de polis een ander maximum is bepaald. Wanneer de waarde van het verzekerde object niet volledig bij de verzekeraar verzekerd is zal de verzekeraar deze kosten slechts naar evenredigheid van hetgeen dat bedrag lager dan de waarde is vergoeden.
- 13.3. Indien de verzekeringnemer, verzekerde of tot uitkering gerechtigde de onder 13.1 genoemde verplichting niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

UITSLUITINGEN

Artikel 14 Opschorting

Van de verzekering zijn uitgesloten alle schaden, kosten of rechten op uitkering veroorzaakt of ontstaan in de periode dat de verzekering is opgeschort.

Artikel 15 Molest, atoomkernreactie en natuurgeweld.

Van de verzekering zijn uitgesloten alle schaden, kosten of rechten op uitkering:

- 15.1. veroorzaakt door molest;
- 15.2.1. veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties.
- 15.2.2. De uitsluiting onder 15.2.1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zo ver vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.
- 15.2.3. Voor zover krachtens enige wet of enig verdrag een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt lid 2 geen toepassing.
- 15.3. die een gevolg zijn van aardbeving, overstroming of vulkanische uitbarsting.

Artikel 16 Opzet

Van de verzekering zijn uitgesloten alle schaden, kosten of rechten op uitkering:

- 16.1. veroorzaakt door en/of voortvloeiende uit het opzettelijk en tegen een persoon of zaak gericht wederrechtelijk handelen of nalaten door de verzekeringnemer, een verzekerde of een tot uitkering gerechtigde. Deze bepaling geldt uitsluitend ten aanzien van de verzekeringnemer, verzekerde of tot uitkering gerechtigde aan wiens wederrechtelijk handelen of nalaten de schade is toe te schrijven.
- 16.2. veroorzaakt door gedragingen die onder de eerste volzin van 16.1 vallen, gepleegd in groepsverband, ook ingeval niet de verzekeringnemer, de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde zelf zodanig heeft gehandeld of nagelaten, maar daarvoor wel wegens deelname aan het groepsverband aansprakelijk is.

- 16.3. Aan het opzettelijk karakter van het wederrechtelijk handelen of nalaten in de situatie 16.1 en/of 16.2 doet niet af, dat de verzekeringnemer, de verzekerde en/of de tot uitkering gerechtigde dan wel een tot de groep behorend persoon zodanig onder invloed van alcohol of andere stoffen verkeert, dat hij niet in staat is zijn wil te bepalen.

Artikel 17 Niet-nakomen

Van de verzekering zijn uitgesloten alle schaden, kosten of rechten op uitkering die verband houden met het niet nakomen door verzekeringnemer of een verzekerde of een tot uitkering gerechtigde van een uit artikel 3 voortvloeiende verplichting en/of aanwijzing of voorschrift door of namens de verzekeraar gegeven (bijvoorbeeld het niet nemen van door de verzekeraar opgelegde preventiemaatregelen).

VERJARING

Artikel 18 Verjaring

- 18.1. Nadat de verzekeraar een definitief standpunt heeft ingenomen over het afwijzen van het recht op uitkering en dit standpunt schriftelijk heeft medegedeeld aan verzekeringnemer en/of verzekerde en/of tot uitkering gerechtigde, verjaart de rechtsvordering tot het doen van een uitkering door verloop van zes maanden. De verzekeraar dient verzekeringnemer en/of verzekerde en/of tot uitkering gerechtigde uitdrukkelijk te wijzen op deze vervalttermijn.
- 18.2. Een rechtsvordering tot het doen van een uitkering dient binnen drie jaren na de dag waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden tegen de verzekeraar te worden ingesteld. Niettemin verjaart de rechtsvordering bij verzekering tegen aansprakelijkheid niet voordat zes maanden zijn verstreken nadat de vordering waartegen de verzekering dekking verleent, binnen de voor deze vordering geldende verjarings- of vervalttermijn is ingesteld.

TERRORISMEDEKKING

Artikel 19 Terrorismedekking

Voor schade ten gevolge van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen en handelingen of gedragingen ter voorbereiding daarvan, hierna, zowel gezamenlijk als afzonderlijk te noemen het "terrorisme risico" is de vergoeding / uitkering beperkt tot de uitkering zoals deze omschreven in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT).

De afwikkeling van een schademelding op grond van het terrorismerisico geschiedt overeenkomstig het Protocol afwikkeling claims van het NHT.

Het clausuleblad terrorismedekking en het Protocol afwikkeling claims zijn op 12 juni 2003 gedeponeerd ter griffie van rechtbank te Amsterdam onder nummer: 78/2003 resp 79/2003. Deze teksten zijn in te zien c.q. te downloaden via de www.terrorismeverzekerd.nl en op de site www.unive.nl.

WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

Artikel 20 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 20.1. De verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en-bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is de verzekeraar gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door hem te bepalen datum. De verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd.
- 20.2. Naar aanleiding van een melding van verzekeringnemer over gewijzigde omstandigheden als bedoeld in artikel 3.5 van dit reglement zal de dekking worden voortgezet, tenzij de verzekeraar binnen twee maanden te kennen geeft de verzekering niet te willen voortzetten of met verzekeringnemer ten aanzien van premie en/of voorwaarden tot nadere overeenstemming te willen komen en/of met onmiddellijk ingang nadere premies en voorwaarden (bijvoorbeeld (gedeeltelijke) opschorting van de dekking) vaststelt.
- 20.3. Indien de verzekeraar op grond van artikel 20.1 en 20.2 van dit reglement de verzekeringnemer heeft meegedeeld dat hij de voorwaarden van de overeenkomst, waaronder mede

begrepen de hoogte van de premie, wijzigt, is de verzekeringsnemer gerechtigd de overeenkomst te beëindigen op de wijze als omschreven in artikel 7, letter c van dit reglement.

- 20.4. Indien de verzekeraar de verzekeringsnemer heeft meegedeeld dat hij de overeenkomst op grond van artikel 20.2 van dit reglement niet wenst voor te zetten, is de verzekeringsnemer gerechtigd de overeenkomst te beëindigen op de wijze als omschreven in artikel 7, letter f van dit reglement.

GESCHILLEN EN KLACHTEN

Artikel 21 Geschillen

- 21.1. In alle gevallen waarin de reglementen niet voorzien, beslist de verzekeraar.
- 21.2. Alle geschillen welke betrekking hebben op de omvang van de schade dan wel geschillen van medische aard worden beslist overeenkomstig de regels in het op de verzekering van toepassing zijnde speciaal reglement.
- 21.3. In alle overige gevallen beslist, wanneer een minnelijke regeling niet mogelijk blijkt te zijn, de burgerlijke rechter, tenzij een wettelijke regeling anders bepaalt.

Artikel 22 Klachten

- 22.1. Klachten die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunt u voorleggen aan de directeur van de op het polisblad genoemde verzekeraar.

- 22.2. Wanneer het oordeel van de verzekeraar voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, telefoon 0900-3552248, website: www.kifid.nl.

- 22.3. Wanneer u geen gebruik wilt maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden binnen de bedrijfstak, of de behandeling door het klachteninstituut niet bevredigend vindt, kunt u het geschil voorleggen aan de rechter.

OVERIGE

Artikel 23 Persoonsregistratie

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering of een financiële overeenkomst verstrekte persoonsgegevens worden door de verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en of financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op deze verwerking van persoonsgegevens zijn de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé van toepassing. In deze Gedragsregels worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de Gedragsregels kunt u opvragen bij N.V. Univé Schade, Postbus 15, 9400 AA Assen, of via www.unive.nl.

Artikel 24 Toepasselijk recht

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Addendum Algemeen Reglement (ALG-5)

Addendum geldig met ingang van 1 januari 2010

In afwijking van het Algemeen Reglement (ALG-5) gelden de onderstaande bepalingen en wijzigingen op bepalingen.

Artikel 1.5 Contractvervaldatum

De tekst van dit artikel wordt als volgt gewijzigd:

De in de polis aangegeven datum waarop de verzekering eindigt en alle volgende data welke liggen aan het einde van de termijn waarmee de verzekering daarna automatisch is verlengd.

Artikel 5.2 Duur

De tekst van dit artikel wordt als volgt gewijzigd:

- a. Bij aanvang van de verzekering is de looptijd maximaal twaalf maanden. Vanaf de eerste contractvervaldatum wordt de verzekering ieder jaar automatisch met een periode van twaalf maanden verlengd.
- b. Tegen het einde van de eerste contractvervaldatum informeert de verzekeraar de verzekeringsnemer over de periode waarmee de verzekering wordt verlengd en over het recht van de verzekeringsnemer om de verzekering te kunnen opzeggen.

Artikel 7 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringsnemer

De tekst van dit artikel vervalt en wordt vervangen door de volgende tekst:

Artikel 7 Opzeggingsrechten voor de verzekeringnemer

- 7.1 Voor de eerste contractvervaldatum
De verzekering kan voor de eerste contractvervaldatum schriftelijk opgezegd worden door de verzekeringsnemer:
- a. tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur met inachtneming van een opzeggingsstermijn van één maand;
- b. binnen één maand nadat een schade of gebeurtenis die voor verzekeraar tot een uitkeringsverplichting kan leiden, door verzekerde aan verzekeraar is gemeld of nadat verzekeraar een uitkering op grond van de verzekering heeft gedaan dan wel heeft afgewezen. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, maar niet eerder dan de datum waarop verzekeraar de opzeggingsbrief heeft ontvangen;
- c. binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling van verzekeraar, houdende een wijziging van de premie en/of voorwaarden ten nadele van de verzekeringsnemer en/of verzekerde op grond van artikel 20.1 of 20.2. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijzi-

ging volgens de schriftelijke mededeling van verzekeraar ingaat (zij het niet eerder dan dertig dagen na de datum van dagtekening van bedoelde mededeling). De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door verzekeringsnemer geldt niet wanneer:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden het gevolg is van een wettelijke regeling of bepalingen;
 - de wijziging een verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking inhoudt;
 - de wijziging van de premie direct het gevolg is van het bereiken van een leeftijdsgrens voor de verzekerde waarvan de premie is gekoppeld.
- d. tegen het begin van een nieuw verzekeringsjaar volgend op een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mits de verzekering wordt opgezegd binnen één maand na het verstrijken van laatstgenoemd verzekeringsjaar;
- e. binnen één maand nadat verzekeraar tegenover verzekeringsnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
- f. binnen één maand nadat verzekeraar aan verzekeringsnemer schriftelijk heeft medegedeeld op grond van gewijzigde omstandigheden de verzekering niet te willen voortzetten.

- 7.2 Vanaf de eerste contractvervaldatum
De verzekering kan op elk gewenst moment schriftelijk worden opgezegd met een inachtneming van een opzegtermijn van één maand. De opzegtermijn gaat in op de datum van ontvangst van de schriftelijke opzegging.

- 7.3 Overgangsregeling
Indien de verzekering voor 01-01-2010 is gesloten en een geldigheidsduur heeft van meer dan een jaar, kan de verzekeringsnemer de verzekering schriftelijk opzeggen per eerstvolgende contractvervaldatum, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Na deze contractvervaldatum geldt het bepaalde in artikel 7.2.

Artikel 9.6 Vervolgpremie

Dit artikel wordt als volgt gewijzigd.

Artikel 9.6

Onder vervolgpremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringsnemer bij automatische verlenging van de verzekering verschuldigd wordt.

Voorwaarden ZEKUR Doorlopende Reisverzekering

U heeft alleen een ZEKUR Doorlopende Reisverzekering als **Extra ZEKUR** of **Aanvullend ZEKUR Buitenland** op uw polis staat.

We leggen de onderstreepte woorden achter in de voorwaarden uit, bij "Wat bedoelen wij met..."
Deze voorwaarden gelden samen met ons Algemeen Reglement.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Algemeen	2
Artikel 1	Wat moet u doen bij schade?	2
1.1	U heeft hulp nodig tijdens uw vakantie	2
1.2	U wilt een schade melden of u heeft vragen	2
Artikel 2	Wie zijn verzekerd?	2
Artikel 3	Wanneer geldt uw reisverzekering?	2
Artikel 4	Waar bent u verzekerd?	3
Artikel 5	Wat is verzekerd?	3
5.1	Studie/stage	3
5.2	Natuurrampen	3
Artikel 6	Wat is niet verzekerd?	3
Hoofdstuk 2	Hulp en vervoer	4
Artikel 7	Wat is verzekerd?	4
7.1	Ziekte of een ongeluk	4
7.2	Vervoer bij overlijden	5
7.3	Uw reisgenoot is overleden	5
7.4	U moet eerder naar huis	5
7.5	U heeft schade aan het vakantieverblijf dat van u is	5
7.6	U heeft vertraging op de geplande dag van terugreis	5
7.7	Problemen met uw fiets tijdens een fietsvakantie	5
7.8	Wat betalen we ook in de verzekerde situaties genoemd in artikel 7.1 t/m 7.7?	6
Hoofdstuk 3	Bagage	6
Artikel 8	Wat is verzekerd?	6
8.1	Elektronische apparaten	7
8.2	Mobiele telefoons, smartphones en niet ingebouwde navigatiesystemen	7
8.3	Brillen en contactlenzen	7
8.4	Waardevolle spullen	7
8.5	Medische hulpmiddelen	7
8.6	Onderdelen van en gereedschappen voor motorrijtuigen	7
8.7	Fietsen, boten en vliegtuigen	7
8.8	Vertraging van bagage	7
8.9	Geld	7
8.10	Schade aan uw verblijf	7
Artikel 9	Wat is niet verzekerd?	8
Artikel 10	Wanneer betalen wij niet?	8
Artikel 11	Wat betalen wij?	8
11.1	Uw bagage kan gerepareerd worden	8
11.2	Uw bagage kan niet gerepareerd worden	8
Hoofdstuk 4	Wintersportdekking	9
Artikel 12	Wat is verzekerd?	9
12.1	Wintersportuitrusting	9
12.2	Passen, skihuur en skilessen	9
	Wat bedoelen wij met...	9

Hoofdstuk 1 Algemeen

Artikel 1 Wat moet u doen bij schade?

1.1 U heeft hulp nodig tijdens uw vakantie

Bel dan met de Univé Alarmcentrale. Het telefoonnummer is +31 (0)592 - 348 112. Dit nummer is dag en nacht bereikbaar.

Maakt u extra kosten doordat:

- u pech onderweg heeft?
- u eerder naar huis moet?
- een van de verzekerden in het ziekenhuis wordt opgenomen?
- een van de verzekerden overlijdt?

Dan betalen wij de kosten alleen als vooraf contact opgenomen is met de Univé Alarmcentrale.

1.2 U wilt een schade melden of u heeft vragen

Heeft u vragen over uw schade of over de dekking? Neem dan contact op met het Service Centrum Schade 0592 - 37 27 77 of met uw Univé-kantoor.

U kunt een schade melden:

- via internet: www.unive.nl/schade
- door het invullen van een schadeformulier. Dit kunt u:
 - opvragen per telefoon: 0592 - 37 27 77 en sturen naar:
Univé Verzekeringen
Antwoordnummer 45
9400 VB Assen
Een postzegel is niet nodig.

Wij betalen alleen als u kosten of schade kunt aantonen. Bewaar daarom:

- nota's
- bankafschriften
- beschadigde spullen

Bij diefstal of verlies van:

- reisbagage, met een aankoopwaarde hoger dan € 250
- geld, als dit meer is dan € 50

betalen wij alleen als u zo snel mogelijk aangifte doet bij de politie in de plaats waar dit gebeurd is. Bewaar het proces-verbaal van uw aangifte.

Artikel 2 Wie zijn verzekerd?

U en de verzekerde(n) die op uw polis staan.

Artikel 3 Wanneer geldt uw reisverzekering?

Er zijn 3 voorwaarden. Uw verzekering is geldig:

- vanaf dat u uit huis vertrekt om uw reis te beginnen, totdat u weer thuis bent
- zolang u een woonadres in Nederland heeft
- voor maximaal 180 vakantiedagen achter elkaar

Wanneer beëindigen wij de reisverzekering?

Wij beëindigen de verzekering bij situaties die genoemd staan in artikel 6 en 8 van ons Algemeen Reglement. U krijgt dan een brief van ons. U kunt dan geen beroep meer doen op de reisverzekering, ook al staat dit op uw polis. Wij mogen schade en kosten op u verhalen als wij kosten of schade hebben betaald die niet verzekerd zijn.

Artikel 4 Waar bent u verzekerd?

U bent verzekerd in:

- Nederland. U moet dan minimaal één overnachting hebben geboekt bij een bedrijf
- de hele wereld

Artikel 5 Wat is verzekerd?

Schade tijdens:

- uw vakantie
- vrijwilligerswerk
- een dagje weg in het buitenland

5.1 Studie/stage

U bent verzekerd tijdens studie of stage in het buitenland.

5.2 Natuurrampen

U bent verzekerd voor schade door natuurrampen.

Artikel 6 Wat is niet verzekerd?

Schade die ontstaat:

- in Nederland op een vaste stand- of seizoensplaats
- doordat u een misdrijf heeft gepleegd
- tijdens een reis die u maakt voor een medische behandeling
- doordat u alcohol, medicijnen of drugs heeft gebruikt
- doordat u met een motorrijtuig of motorvoertuig meedoet aan activiteiten waarbij snelheid belangrijk is

Schade:

- die u kon verwachten door de omstandigheden vlak voordat u op vakantie ging
- die u kon verwachten omdat u iets doet of juist niet doet. Bijvoorbeeld:
 - u moet zorgen dat schade niet groter wordt
 - u mag niet expres schade veroorzaken
- als u fraudeert. Kijk voor alle gevolgen van fraude in ons Algemeen Reglement
- die, als deze verzekering nooit zou hebben bestaan, verzekerd is onder een andere verzekering of wordt vergoed op basis van een wet. We betalen de schade boven het maximum van die verzekering of die vergoeding op basis van een wet. Dit doen wij tot het maximum genoemd in deze voorwaarden.

Hoofdstuk 2 Hulp en vervoer

Artikel 7 Wat is verzekerd?

De Univé Alarmcentrale helpt u tijdens uw vakantie bij noodgevallen. Wij betalen noodzakelijke extra kosten die u hierdoor moet maken. Hieronder staan de kosten die we betalen.

7.1 Ziekte of een ongeluk

7.1.1 U wordt ziek of krijgt een ongeluk

Dan betalen wij:

- vervoer naar dichtstbijzijnde arts of ziekenhuis
- vervoer terug naar uw vakantieverblijf
- extra verblijfkosten tot maximaal € 80 per persoon per dag

Wij betalen ook extra reiskosten naar huis per:

- ambulance
- taxi
- openbaar vervoer

De kosten hierboven betalen we als dit:

- medisch noodzakelijk is, en
- het directe gevolg is van de ziekte of het ongeluk

Wij betalen dit ook als een andere verzekerde of een andere reisgenoot:

- ziek wordt
- een ongeluk krijgt
- overlijdt

7.1.2 U ligt in het ziekenhuis

Wij betalen voor ziekenbezoek de reiskosten:

- meereizende verzekerden
- een andere reisgenoot

Wij betalen maximaal € 100 per persoon per keer dat u in het ziekenhuis ligt.

Wij betalen ook ziekenbezoek vanuit Nederland als u:

- in het buitenland in het ziekenhuis ligt, en
- volgens de artsen in levensgevaar bent

Wij betalen dan voor maximaal 2 personen:

- de reiskosten voor de heen- en terugreis
- verblijfkosten tot maximaal € 80 per persoon per dag. Dit doen wij maximaal 10 dagen

7.1.3 U gaat terug naar Nederland per ambulancevliegtuig

Wij betalen het vervoer en de medische begeleiding:

- van het buitenlandse ziekenhuis naar het vliegveld
- naar Nederland per ambulancevliegtuig
- van het Nederlandse vliegveld naar het ziekenhuis

Dit doen wij als dit medisch noodzakelijk is.

7.1.4 U heeft een vervangende chauffeur nodig

Wij zorgen voor een vervangende chauffeur als:

- uw motorrijtuig nog goed rijdt, en
- de bestuurder te ziek is om te rijden of overleden is, en
- de andere inzittenden het motorrijtuig niet kunnen besturen

De chauffeur brengt u naar:

- één adres in Nederland, of
- uw reisbestemming

Wij betalen voor verblijfkosten maximaal € 80 per persoon per dag.

7.1.5 U moet opgespoord of gered worden

Wij betalen alle kosten die volgens de plaatselijke overheid nodig zijn.

7.2 Vervoer bij overlijden

Wij betalen de kosten van:

- vervoer van uw lichaam naar uw woonplaats
- de papieren die nodig zijn voor het vervoer
- de kist die nodig is voor het vervoer

7.3 Uw reisgenoot is overleden

Wij betalen als u alleen verder moet reizen voor één persoon die u kan bijstaan:

- de heenreis naar uw vakantiebestemming per openbaar vervoer
- de terugreis naar Nederland per openbaar vervoer
- de verblijfkosten tot maximaal € 80 per dag. Dit doen wij maximaal 10 dagen

7.4 U moet eerder naar huis

7.4.1 Gezondheid van uw familie

Wij betalen uw reiskosten om naar huis te gaan. Dit doen wij als een familielid in de 1e of 2e graad of zaakwaarnemer:

- overlijdt
- levensgevaarlijk ziek is
- levensgevaarlijk gewond is

Wij betalen ook reiskosten terug naar uw reisbestemming. Dit doen wij als u binnen 3 weken teruggaat.

7.4.2 Ernstige schade aan uw spullen en huis in Nederland

Wij betalen uw reiskosten om naar huis te gaan. Dit doen wij als de schade komt door:

- brand
- diefstal
- storm
- natuurgeweld
- vandalisme

Wij betalen ook reiskosten terug naar uw reisbestemming. Dit doen wij als u binnen 3 weken teruggaat.

7.5 U heeft schade aan het vakantieverblijf dat van u is

Wij betalen de huur van een ander vakantieverblijf als u uw eigen vakantieverblijf niet meer kunt gebruiken.

Dit geldt alleen als:

- het verblijf uw eigendom is, en
- de schade tijdens uw reis of binnen 7 dagen voor vertrek is ontstaan, en
- deze verzekering dan al is gesloten of is ingegaan, en
- het verblijf goed onderhouden is

Wij betalen maximaal € 35 per persoon per dag. Dit doen wij maximaal 3 weken.

7.6 U heeft vertraging op de geplande dag van terugreis

Bij vertraging betalen wij uw extra reis- en verblijfkosten. Dit doen wij tot u weer terug kunt. Wij betalen geen extra kosten voor de terugreis naar huis.

Wij betalen dit alleen als dit komt door:

- natuurgeweld
- staking bij het openbaar vervoer
- staking door luchthavenpersoneel

Wij betalen voor verblijfkosten maximaal € 80 per persoon per dag.

7.7 Problemen met uw fiets tijdens een fietsvakantie

Wij betalen:

- openbaar vervoer naar huis, of
- huur van een andere fiets
- extra verblijfkosten in de plaats waar de fiets gerepareerd wordt

Dit doen wij als:

- u op de fiets op vakantie bent, en
- u geen motorrijtuig bij u heeft, en
- de fiets niet binnen 2 dagen gerepareerd kan worden

Wij betalen per persoon per dag:

- voor huur van een andere fiets maximaal € 25. Dit doen wij maximaal 3 weken
- voor verblijfskosten maximaal € 80. Dit doen wij maximaal 3 dagen

7.8 Wat betalen we ook in de verzekerde situaties genoemd in artikel 7.1 t/m 7.7?

7.8.1 Telefoonkosten

Wij betalen telefoonkosten die u moet maken. We betalen maximaal € 250 per verzekerde gebeurtenis.

7.8.2 Reiskosten eigen voertuig

Wij betalen extra reiskosten die u moet maken met uw eigen voertuig. We betalen € 0,20 per kilometer bij een verzekerde gebeurtenis.

7.8.3 Als uw reisgenoot dit overkomt

Wij betalen extra kosten die u voor uzelf moet maken.

7.8.4 Reiskosten voor uw huisdier

Wij betalen extra reiskosten. Dit doen wij als u zelf uw huisdier niet meer kunt meenemen. Wij betalen maximaal € 250 per huisdier per reis. Maar niet meer dan € 500 per jaar voor alle huisdieren samen.

Hoofdstuk 3 Bagage

Artikel 8 Wat is verzekerd?

Bagage is verzekerd voor schade door:

- diefstal
- verlies
- beschadiging

Wij betalen maximaal € 2.500 per persoon per reis.

Het eigen risico is € 50 per reis voor alle verzekerden samen. Dit geldt niet voor reispapieren. Wij betalen schade aan een voorwerp aan één verzekerde. Ook als dit voorwerp van meer verzekerden samen is.

Voor bepaalde bagage geldt een maximum. Ook voor geld. De bedragen staan hieronder.

	Maximale vergoeding per persoon per reis (tenzij anders vermeld)
8.1 Elektronische apparaten Bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • camera • laptop • koelkast • spelcomputer • iPad Met onderdelen zoals: <ul style="list-style-type: none"> • cd's • software • usb-stick 	€ 1.500
8.2 Mobiele telefoons, smartphones en niet ingebouwde navigatiesystemen	€ 250
8.3 Brillen en contactlenzen	€ 250
8.4 Waardevolle spullen <ul style="list-style-type: none"> • sieraden • horloges • bont • zilver en goud • edelstenen • parels • kijkers, zoals verrekijkers • muziekinstrumenten met onderdelen die erbij horen	€ 400
8.5 Medische hulpmiddelen <ul style="list-style-type: none"> • gehoorapparaten • prothesen • beugels voor tanden 	€ 400
8.6 Onderdelen van en gereedschappen voor motorrijtuigen <ul style="list-style-type: none"> • gereedschappen • ingebouwde apparaten • sleutels • reserve-onderdelen • dakdrager • dakkoffer • sneeuwkettingen • caravanspiegels • fietsendrager 	€ 250
8.7 Fietsen, boten en vliegers <ul style="list-style-type: none"> • fietsen • vliegers met onderdelen die erbij horen En de volgende vaartuigen: <ul style="list-style-type: none"> • zeil- en surfplanken • kano's • opblaasbare boten met onderdelen die erbij horen	€ 400
8.8 Vertraging van bagage Komt <u>uw</u> bagage niet of later dan bedoeld aan op <u>uw</u> vakantiebestemming? Of is <u>uw</u> kleding op de heenreis uit <u>uw</u> motorrijtuig gestolen? Dan betalen <u>wij</u> voor de eerste dagen de kosten van kleding en toiletspullen. Dit geldt niet als <u>u</u> terug naar huis gaat.	€ 250 (geen eigen risico)
8.9 Geld	€ 250 maar niet meer dan € 750 per jaar voor alle <u>verzekerden</u> samen.
8.10 Schade aan <u>uw</u> verblijf <u>Wij</u> betalen schade die <u>u</u> veroorzaakt aan een gehuurd verblijf. Ook de inboedel in het verblijf is verzekerd. <u>U</u> moet dan wel aansprakelijk zijn voor de schade. Hieronder valt ook schade die is ontstaan doordat <u>u</u> de sleutel bent verloren van de kluis in het verblijf.	€ 400 (alleen als de schade hoger is dan € 25)

Artikel 9 Wat is niet verzekerd?

- waardepapieren die u niet gebruikt op vakantie
- pasjes
- spullen die u aan het verhuizen bent
- kunst
- spullen uit verzamelingen
- spullen die voor zakelijk gebruik bedoeld zijn
- voer- en vaartuigen die u huurt
- motorrijtuigen
- aanhangers, ook vouwwagens en caravans
- luchtvaartuigen
- niet opblaasbare vaartuigen

Artikel 10 Wanneer betalen wij niet

Wij betalen niet voor:

- schade of diefstal omdat u niet voorzichtig genoeg bent. U bent niet voorzichtig genoeg als u bijvoorbeeld:
 - betere maatregelen had kunnen treffen om schade te voorkomen
 - geld en cheques achterlaat in een motorrijtuig
 - kostbare spullen zichtbaar achterlaat
 - kostbare spullen bij openbaar vervoer niet meeneemt in uw handbagage
 - kostbare spullen zonder toezicht achterlaat in een ruimte die niet op slot zit
- schade door:
 - warmte, vocht en vorst
 - ongedierte
 - slijtage, eigen gebrek en eigen bederf
- gevolgschade. Bijvoorbeeld misbruik door anderen van gestolen betaalpassen of creditcards
- schade als u de spullen nog kunt gebruiken. Bijvoorbeeld bij:
 - krassen
 - deuken
 - vlekken
- breuk van breekbare bagage. Dit is wel verzekerd bij breuk door:
 - inbraak
 - beroving
 - brand
 - een ongeluk met een vervoermiddel

Artikel 11 Wat betalen wij?

11.1 Uw bagage kan gerepareerd worden

Wij betalen de kosten van reparatie tot maximaal de dagwaarde. Of maximaal de nieuwwaarde als spullen niet ouder zijn dan één jaar.

11.2 Uw bagage kan niet gerepareerd worden

Door:

- diefstal
- verlies
- schade die niet meer te repareren is

Wij betalen de dagwaarde als de spullen ouder zijn dan één jaar.

Wij betalen de nieuwwaarde als de spullen niet ouder zijn dan één jaar.

Bij diefstal of verlies betalen wij in sommige gevallen alleen als u ons het eigendom van de spullen geeft. U krijgt hier een formulier voor.

Hoofdstuk 4 Wintersportdekking

U bent verzekerd tijdens wintersporten.

Artikel 12 Wat is verzekerd?

12.1 Wintersportuitrusting

Wij betalen maximaal € 2.500 per persoon per reis.

Ook voor wintersportuitrusting geldt het eigen risico van € 50 per reis voor alle verzekerden samen.

Wij betalen schade aan een voorwerp aan één verzekerde. Ook als dit voorwerp van meer verzekerden samen is. Artikel 10 en 11 gelden hier.

Wij betalen de huurkosten van vervangende spullen als:

- uw wintersportuitrusting is gestolen
- u uw wintersportuitrusting verliest
- uw wintersportuitrusting is beschadigd

12.2 Passen, skihuur en skiessen

Wij betalen niet gebruikte dagen van:

- passen
- skihuur
- skiessen

als u:

- door een ongeval niet kunt wintersporten
- in het ziekenhuis bent opgenomen

Wij betalen ook niet gebruikte dagen van:

- passen
- skihuur
- skiessen

als u eerder naar huis moet.

Wij betalen dit ook voor één reisgenoot die mee teruggaat.

Dit doen wij als de reden van uw vertrek in artikel 7 van deze voorwaarden staat.

Wat bedoelen wij met...

Dagwaarde

De nieuwwaarde min een bedrag voor veroudering en slijtage.

Familieid in de 1^e en 2^e graad

- partner
- ouders, schoonouders, pleegouders, stiefouders
- kinderen, schoonzonen, schoondochters, pleegkinderen, stiefkinderen
- broers, zwagers, pleegbroers, stiefbroers
- zussen, schoonzussen, pleegzussen, stiefzussen
- opa's, oma's
- kleinkinderen

Frauderen

U fraudeert als u met opzet van ons, of via ons:

- een betaling
- een dienst
- hulp

probeert te krijgen waarop u geen recht heeft. Het maakt niet uit hoe u dit probeert. U fraudeert ook als u fraude door een ander mogelijk maakt.

Nieuwwaarde

Het bedrag waarmee u op het moment van ontstaan van de schade dezelfde of vergelijkbare spullen nieuw kunt kopen.

Kostbare spullen

Alle spullen die genoemd staan in artikel 8.1 tot en met 8.4. Bij artikel 8.3 bedoelen we alleen zonnebrillen.

Polis

Het bewijs van verzekering.

Reispapieren

Dit zijn:

- rij- en kentekenbewijzen
- kentekenplaten
- biljetten voor vervoer
- identiteitsbewijzen
- toeristenkaarten
- paspoorten
- skipassen

U, uw

De verzekeringnemer. Dit is de persoon die de verzekering heeft afgesloten. De naam van de verzekeringnemer staat op de polis. De voorwaarden voor deze persoon gelden ook voor de andere personen die op de polis staan.

Verzekerde(n)

- u
- gezinsleden die op hetzelfde adres wonen en op de polis staan

Vrijwilligerswerk

Werk:

- waar u geen geld voor krijgt
- dat niet verplicht is
- dat u doet voor andere mensen of de samenleving
- dat is geregeld door een organisatie

Wij, we, ons, onze

N.V. Univé Schade
Jan Bommerstraat 4
9402 NR Assen
Nederland
KvK-nummer: 04073729
DNB-nummer: 12000664

Wintersport(en)

Sport waar sneeuw of ijs voor nodig is. Zoals skiën en schaatsen.

Zaakwaarnemer

Iemand die u als ondernemer heeft aangewezen om uw belangen te behartigen.

Voorwaarden ZEKUR Doorlopende Annuleringsverzekering

U heeft alleen een ZEKUR Doorlopende Annuleringsverzekering als **Extra ZEKUR** op uw polis staat.

We leggen de onderstreepte woorden achterin de voorwaarden uit, bij "Wat bedoelen wij met...".
Deze voorwaarden gelden samen met ons Algemeen Reglement.

Inhoudsopgave

Artikel 1	Wat moet u doen als u uw reis annuleert?	2
Artikel 2	Wie zijn verzekerd?	2
Artikel 3	Wanneer geldt uw annuleringsverzekering?	2
Artikel 4	Wat is verzekerd?	2
4.1	Studie/stage	3
4.2	Natuurrampen	3
Artikel 5	Wat is niet verzekerd?	3
Artikel 6	Welke annuleringsredenen zijn verzekerd?	3
6.1	U of een familielid overlijdt, wordt ziek of krijgt een ongeluk	3
6.2	U moet een familielid verzorgen	3
6.3	U heeft medische problemen door uw zwangerschap	3
6.4	U heeft schade thuis	3
6.5	Uw zaakwaarnemer valt uit	4
6.6	U gaat scheiden of uit elkaar	4
6.7	U bent ontslagen om bedrijfseconomische redenen	4
6.8	Uw vervoermiddel is niet meer te gebruiken	4
6.9	U mag niet ingeënt worden	4
6.10	U kunt niet meer bij familie in het buitenland logeren	4
6.11	Het vakantieverblijf die u huurt of gebruikt heeft schade	4
6.12	Uw reisgenoot overkomt iets	5
Artikel 7	Wat betalen wij?	5
7.1	Bij annulering	5
7.2	Bij vertraging	5
	Wat bedoelen wij met...	6

Artikel 1 Wat moet u doen als u uw reis annuleert?

Meld het meteen aan ons als:

- uw reis niet door kan gaan
- u uw reis eerder moet afbreken
- u dagen van uw vakantie heeft gemist

U kunt dit melden:

- via internet: www.unive.nl/schade
- door het invullen van een schadeformulier. Dit kunt u:
 - opvragen per telefoon: 0592- 37 27 77 en sturen naar:
Univé Verzekeringen
Antwoordnummer 45
9400 VB Assen
Een postzegel is niet nodig.

Wij betalen alleen als u kosten of schade kunt aantonen. Bewaar daarom:

- nota's
- bankafschriften
- andere bewijzen

Artikel 2 Wie zijn verzekerd?

U en de verzekerde(n) die op uw polis staan.

Artikel 3 Wanneer geldt uw annuleringsverzekering?

Uw verzekering geldt:

- zolang u een woonadres in Nederland heeft, en
- voor reizen van maximaal 180 dagen

De verzekering geldt voor reizen die ná de ingangsdatum van de verzekering zijn geboekt. En voor reizen die in de 7 dagen vóór de ingangsdatum van de verzekering zijn geboekt.

Is de reis langer dan 7 dagen vóór de ingangsdatum van de verzekering geboekt? Dan geldt de verzekering alleen als:

- de vertrekdatum van de reis langer dan 1 maand na de ingangsdatum van de verzekering ligt, of
- u direct voor het afsluiten van deze verzekering een andere annuleringsverzekering had

Wanneer beëindigen wij de annuleringsverzekering?

Wij beëindigen de verzekering bij situaties die genoemd staan in artikel 6 en 8 van ons

Algemeen Reglement. U krijgt dan een brief van ons. U kunt dan geen beroep meer doen op de annuleringsverzekering, ook al staat dit op uw polis. Wij mogen schade en kosten op u verhalen als wij kosten of schade hebben betaald die niet verzekerd zijn.

Artikel 4 Wat is verzekerd?

U bent verzekerd voor kosten van annulering bij:

- geboekte vakanties in:
 - het buitenland
 - Nederland. U moet dan wel minimaal 1 overnachting hebben geboekt. Bewaar de rekening van de overnachting
- boekingen in verband met uw vrijwilligerswerk
- boekingen in verband met een dagje weg in het buitenland

U bent ook verzekerd voor vertraging op de heenreis. Dit geldt als:

- de geplande reis langer duurt dan 3 dagen, en
- u op de heenreis bent vanuit Nederland, en
- u reist met het openbaar vervoer, zoals:
 - bus
 - trein
 - boot
 - vliegtuig

4.1 Studie/stage

U bent verzekerd voor kosten van annulering bij boekingen van reizen voor studie of stage.

4.2 Natuurrampen

U bent verzekerd voor schade door natuurrampen.

Artikel 5 Wat is niet verzekerd?

Schade die ontstaat:

- doordat u een misdrijf heeft gepleegd
- doordat u alcohol, medicijnen of drugs heeft gebruikt

Schade:

- die u kon verwachten door de omstandigheden tijdens het boeken van de reis
- die u kon verwachten omdat u iets doet of juist niet doet. Bijvoorbeeld:
 - u moet zorgen dat schade niet groter wordt
 - u mag niet expres schade veroorzaken
- als u fraudeert. Kijk voor alle gevolgen van fraude in ons Algemeen Reglement
- die ontstaat nadat de verzekering is beëindigd
- die, als deze verzekering nooit zou hebben bestaan, verzekerd is onder een andere verzekering of wordt vergoed op basis van een wet. We betalen de schade boven het maximum van die verzekering of die vergoeding op basis van een wet. Dit doen wij tot het maximum genoemd in deze voorwaarden

Artikel 6 Welke annuleringsredenen zijn verzekerd?

6.1 U of een familielid overlijdt, wordt ziek of krijgt een ongeluk

Wij betalen de kosten van annulering bij:

- overlijden
- een ernstige ziekte
- ernstige verwonding door een ongeluk
- het krijgen van een orgaantransplantatie van u of een familielid in de 1e of 2e graad.

Wij betalen ook de kosten van annulering als u geopereerd moet worden.

Dit doen wij als onze dokter de annulering medisch noodzakelijk vindt.

6.2 U moet een familielid verzorgen

Wij betalen de kosten van annulering bij:

- een ongeluk
- een plotselinge ziekte
- bestaande ziekte die plotseling erger wordt van een familielid in de 1e of 2e graad.

Wij betalen de kosten van annulering als:

- het familielid zorg nodig heeft, en
- er niemand anders is die het familielid kan verzorgen

Dit doen wij als onze dokter de annulering medisch noodzakelijk vindt.

6.3 U heeft medische problemen door uw zwangerschap

Wij betalen de kosten van annulering bij medische problemen door uw zwangerschap. Dit doen wij als onze dokter de annulering medisch noodzakelijk vindt.

6.4 U heeft schade thuis

Wij betalen de kosten van annulering bij ernstige schade aan:

- uw huis
- uw spullen
- het bedrijf waar u werkt

De schade moet komen door:

- brand
- diefstal
- storm
- natuurgeweld
- vandalisme

6.5 Uw zaakwaarnemer valt uit

Wij betalen de kosten van annulering als dit komt door:

- een annuleringsreden die genoemd staat in artikel 6.1 t/m 6.4, en
- u hierdoor de reis moet annuleren of afbreken

6.6 U gaat scheiden of uit elkaar

Wij betalen de kosten van annulering als de scheiding na de boeking van de reis in gang is gezet. Bent u niet getrouwd? Dan moest u op het moment van de boeking van de reis samenwonen met uw partner.

6.7 U bent ontslagen om bedrijfseconomische redenen

Wij betalen de kosten van annulering als:

- het ontslag niet vrijwillig was, en
- u een vast contract had, en
- uw werkgever u heeft ontslagen om bedrijfseconomische redenen

6.8 Uw vervoermiddel is niet meer te gebruiken

Dit geldt als dit komt door oorzaken die van buiten komen. Zoals:

- diefstal
- brand
- een ongeluk

Wij betalen de kosten van annulering als:

- dit binnen 30 dagen voor de reis is gebeurd, en
- het vervoermiddel niet meer gemaakt kan worden voor uw vertrek, en
- u van plan was de reis met dit vervoermiddel te maken

6.9 U mag niet ingeënt worden

Wij betalen de kosten van annulering als:

- u om medische redenen niet ingeënt mag worden en/of geen medicijnen mag innemen, en
- dit voor dat land verplicht is

6.10 U kunt niet meer bij familie in het buitenland logeren

Wij betalen de kosten van annulering bij:

- overlijden
- een ernstige ziekte
- ernstig letsel door een ongeluk van familie of vrienden waar u in het buitenland zou logeren.

Dit doen wij als onze dokter de annulering medisch noodzakelijk vindt.

6.11 Het vakantieverblijf die u huurt of gebruikt heeft schade

Dit geldt voor schade door:

- brand
- explosie
- storm
- blikseminslag
- overstroming

Wij betalen de kosten van annulering als:

- het niet mogelijk is om in het vakantieverblijf te zijn, en
- de eigenaar of verhuurder geen ander vakantieverblijf aanbiedt

6.12 Uw reisgenoot overkomt iets

Wij betalen uw annuleringskosten als uw reisgenoot iets overkomt waarvoor hij volgens deze voorwaarden een betaling zou krijgen.

Dit geldt als uw reisgenoot met u heen en terug zou reizen.

Artikel 7 Wat betalen wij?

Wij betalen maximaal € 1.500 per verzekerde per reis. Met een maximum van € 6.000 per jaar voor alle verzekerden samen.

Wij verlagen de betaling met de kosten die u terugkrijgt van:

- de reisorganisatie
- de verhuurder
- het vervoersbedrijf
- een ander bedrijf

7.1 Bij annulering

Wij betalen bij:

- vooraf annuleren van de reis: de kosten in verband met annuleren of omboeken
 - dagen die u mist van uw vakantie door:
 - later vertrek naar uw vakantiebestemming
 - eerdere terugkeer naar huis
 - een ziekenhuisopname van minimaal 8 uur achter elkaar
- een bedrag voor de gemiste dagen.

Het bedrag per gemiste dag is de totale reissom gedeeld door het aantal dagen dat u van plan was op vakantie te gaan.

7.2 Bij vertraging

Wij betalen bij:

- 8 tot 20 uur vertraging: de reissom voor 1 dag
- 20 tot 32 uur vertraging: de reissom voor 2 dagen
- 32 uur of langer vertraging: de reissom voor 3 dagen

Het bedrag per dag is de totale reissom gedeeld door het aantal dagen dat u van plan was op vakantie te gaan.

Wat bedoelen wij met...

Familieid in de 1^e en 2^e graad

- partner waarmee u getrouwd bent of samenwoont
- ouders, schoonouders, pleegouders, stiefouders
- kinderen, schoonzoons, schoondochters, pleegkinderen, stiefkinderen
- broers, zwagers, pleegbroers, stiefbroers
- zussen, schoonzussen, pleegzussen, stiefzussen
- opa's, oma's
- kleinkinderen

Frauderen

U fraudeert als u met opzet van ons, of via ons:

- een betaling
- een dienst
- hulp

probeert te krijgen waarop u geen recht heeft. Het maakt niet uit hoe u dit probeert. U fraudeert ook als u fraude door iemand anders mogelijk maakt.

Polis

Het bewijs van verzekering.

Samenwonen

U woont met uw partner samen als u op hetzelfde adres staat ingeschreven bij de gemeente.

U, uw

De verzekeringnemer. Dit is de persoon die de verzekering heeft afgesloten. De naam van de verzekeringnemer staat op de polis. De voorwaarden voor deze persoon gelden ook voor de andere personen die op de polis staan.

Verzekerde(n)

- u
- gezinsleden die op hetzelfde adres wonen en op de polis staan

Wij, we, ons, onze

N.V. Univé Schade
Jan Bommerstraat 4
9402 NR Assen
Nederland
KvK-nummer: 04073729
DNB-nummer: 12000664

Zaakwaarnemer

Iemand die u als ondernemer heeft aangewezen om uw belangen te behartigen.

ZEKUR.nl

Veel verzekering voor weinig