

Verzekeringsvoorwaarden

ZEKUR 2026

- **Gewoon ZEKUR Zorg Basis**
- **Gewoon ZEKUR Zorg Plus**
- **Aanvullende verzekeringen**
 - **Extra ZEKUR Zorg**
 - **Aanvullend ZEKUR Tand**
 - **Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie**
 - **Aanvullend ZEKUR Buitenland**

- **Algemene Voorwaarden ZEKUR**
- **Doorlopende Reis- en Annuleringsverzekering**

Verzekeringsvoorwaarden

GEWOON ZEKUR ZORG BASIS 2026

Welkom bij ZEKUR

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor jouw zorgverzekering bij ZEKUR. Hierin lees je alles over jouw zorgverzekering.

Onze website

Wil je meer weten over je zorgverzekering? Op [ZEKUR.nl](https://zekur.nl) vind je veel informatie. Bijvoorbeeld over hoe je de kosten voor zorg terugvraagt. Of hoe je toestemming aanvraagt.

Online je zorgverzekering regelen

Alles voor je zorgverzekering regel je makkelijk online.

Wil je contact opnemen met ons? Kijk dan op [ZEKUR.nl/contact](https://zekur.nl/contact) voor de contactmogelijkheden.

Mijn ZEKUR Zorg en de ZEKUR Zorg App

Via Mijn ZEKUR Zorg en de ZEKUR Zorg App en de [ZEKUR Zorg app](#) kan je jouw declaraties inzien, je nota's betalen en je verzekering wijzigen.

ZEKUR Zorgvinder

Wil je opzoeken met welke zorgaanbieders wij een contract hebben? Kijk dan op [ZEKUR.nl/zorgvinder](https://zekur.nl/zorgvinder).

Vergoedingen

In deze voorwaarden lees je wat verzekerd is en wanneer je een vergoeding krijgt.

Op [ZEKUR.nl/zorgverzekering/vergoedingen](https://zekur.nl/zorgverzekering/vergoedingen) lees je welke vergoeding je krijgt.

Hulp bij betalen

Op [Alles over het betalen van je zorgverzekering](#) vind je informatie over het betalen van je zorgpremie en je zorgkosten. En wat je kan doen als je hulp nodig hebt bij betalen.

In geval van nood

Bel altijd de ZEKUR Zorg Alarmcentrale als je in het buitenland medische zorg nodig hebt. Onze alarmcentrale is 24/7 bereikbaar en wordt uitgevoerd door de ANWB.

ZEKUR Zorg Alarmcentrale +31 40 297 57 60

Inhoud

I. Algemeen gedeelte	5
Artikel 1. Verzekerde zorg	5
Artikel 2. Algemene bepalingen	9
Artikel 3. Premie	11
Artikel 4. Overige verplichtingen	13
Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	14
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering	14
Artikel 7. Verplicht eigen risico	17
Artikel 8. Vrijwillig eigen risico	18
Artikel 9. Buitenland	19
Artikel 10. Klachten en geschillen	20
 II. Zorgartikelen	 21
Geneeskundige zorg	
Artikel 11. Huisartsenzorg	21
Artikel 12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen	23
Artikel 13. Zorg vanwege overgewicht en obesitas	24
13.1. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden tot 18 jaar met overgewicht en obesitas	24
13.2. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden vanaf 16 jaar/volwassenen	25
Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)	25
Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg	27
15.1. Verloskundige zorg	27
15.2. Kraamzorg	28
Artikel 16. Medisch specialistische zorg	30
Artikel 17. Revalidatie	32
17.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie	32
17.2. Geriatrische revalidatie	33
Artikel 18. Erfelijkheidsonderzoek	33
Artikel 19. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige vruchtbaarheidsgelateerde zorg	34
19.1. In-vitrofertilisatie (IVF)	34
19.2. Overige vruchtbaarheidsgelateerde zorg	35
Artikel 20. Audiologische zorg	35
Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie	36
Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen	37

Artikel 23.	Zintuiglijk gehandicaptenzorg	38
Artikel 24.	Stoppen-met-rokenprogramma	38
Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)		
Artikel 25.	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	39
Paramedische zorg		
Artikel 26.	Fysiotherapie en Oefentherapie	43
Artikel 27.	Logopedie	45
Artikel 28.	Ergotherapie	46
Artikel 29.	Diëtetiek	47
Mondzorg		
Artikel 30.	Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	48
Artikel 31.	Bijzondere tandheelkunde	49
31.1.	Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	49
31.2.	Tandheelkundige implantaten	50
Artikel 32.	Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	52
Artikel 33.	Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	52
Farmaceutische zorg		
Artikel 34.	Geneesmiddelen	53
Artikel 35.	Dieetpreparaten	57
Hulpmiddelenzorg		
Artikel 36.	Hulpmiddelen en verbandmiddelen	58
Verblijf in een instelling		
Artikel 37.	Verblijf	60
Ziekenvervoer		
Artikel 38.	Ambulancevervoer en ziekenvervoer	62
Zorgbemiddeling		
Artikel 39.	Zorgadvies en bemiddeling	64
III. Begripsomschrijvingen		65

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft 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, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

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.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgvinder vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. Als het gedeclareerde bedrag lager is dan het gemiddeld gecontracteerd tarief of indien van toepassing het Wmg-tarief, dan vergoeden wij maximaal een percentage van het gedeclareerde bedrag.

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 uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Acute zorg

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

Huisartsenzorg

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel [11. Huisartsenzorg](#) onder [11.1.](#), [11.2.](#) en [11.3.1.](#) naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Hulpmiddelen in bruikleen

Kijk voor meer informatie over de vergoeding van hulpmiddelen in bruikleen in artikel [36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen](#).

Hardheidsclausule

In de Zorgverzekeringswet staat dat iedereen recht heeft op een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Kiest u voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan krijgt u een vergoeding van maximaal 80% van het gemiddeld voor die zorg gecontracteerde tarief. De hoogte van deze vergoeding mogen wij als zorgverzekeraar zelf bepalen. Maar hierbij mag de bijdrage die u zelf moet betalen niet verhinderen dat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat (hinderpaalcriterium). Vindt u dat de hoogte van deze bijdrage u verhindert om zorg te krijgen? Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule. U kunt hiervoor terecht bij onze afdeling Klachtenmanagement. Geef aan waarom u in uw situatie een beroep doet op de hardheidsclausule. Of uw beroep wordt toegekend is afhankelijk van onder andere de hoogte van de kosten en de soort zorg.

Cessieverbod

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel [14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\)](#)), GGZ (artikel [25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#) en [37. Verblijf](#)), Farmaceutische zorg (artikel [34. Geneesmiddelen](#)) en Hulpmiddelenzorg (artikel [36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen](#)) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de [Mijn ZEKUR Zorg](#) of via de [ZEKUR Zorg app](#). U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. Stuur de originele nota naar Postbus 25030, 5600 RS Eindhoven. Soms vragen wij u een declaratieformulier in te vullen en mee te sturen. Kijk voor meer informatie op onze website. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Wij vergoeden alleen nota's die wij binnen 3 jaar hebben ontvangen. Deze 3 jaar gaan in op de eerste dag na de dag dat u weet van de opeisbaarheid van de vordering.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- De datum waarop de nota door de zorgaanbieder is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen)
- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. 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 en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. U heeft hiervoor onze schriftelijke voorafgaande toestemming nodig. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal het notabedrag.

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 en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten 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.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft 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 heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg 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 vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen. Voor bepaalde zorg kan de zorgaanbieder namens u toestemming aanvragen. Kijk voor meer informatie op onze website. Voor het verlenen van toestemming gaan wij na of uw zorgaanbieder van onberispelijk gedrag is. Als uw zorgaanbieder niet van onberispelijk gedrag is, kan dat gevolgen hebben voor uw machtigingsaanvraag.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

1.10. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van de kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw 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 datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.11. Uitsluitingen

U heeft 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 die, of eigen risico dat u verschuldigd bent 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 (de zogenoemde 'no show fee')
- Vergoeding van 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 muiterij 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

Heeft 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 (kalender)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, dan heeft 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 heeft 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 en inhoud van de zorgverzekering

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

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

2.2. Werkgebied

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

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:

- Besluit Zorgverzekering
- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Clausuleblad terrorismedekking
- Generiek kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg met bijbehorende modules
- Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP), of een regeling die in plaats komt van het LIP
- Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ
- Lijst consult registrerende beroepen
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders
- Lijst Therapieën GGZ
- Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg
- Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders
- Premiebijlage
- Regeling zorgverzekering
- Reglement farmaceutische zorg
- Reglement hulpmiddelen
- Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard
- Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen.

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

2.4. Fraude

Als wij vermoeden dat er sprake is van fraude, zullen wij een onderzoek (laten) instellen. U bent verplicht om aan dit onderzoek mee te werken en ons relevante en juiste informatie te geven. Tijdens dit onderzoek betalen wij uw nota(s) niet uit. Blijkt uit het onderzoek dat u of iemand anders namens u (geheel of gedeeltelijke) fraude heeft gepleegd? Dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Daarnaast vorderen wij uitgekeerde vergoedingen bij u terug. Ook bent u verplicht de kosten die voortvloeien uit het fraudeonderzoek te betalen.

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) registreren:

- In ons Incidentenregister
- In het Extern Verwijzings Register (EVR) van de stichting CIS.

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

Fraude door zorgaanbieders

Zorgaanbieders die fraude plegen, laten wij registreren in het Extern Verwijzings Register (EVR). Wij vergoeden geen zorg van zorgaanbieders die in dit register staan en informeren deze zorgaanbieders hierover. De zorgaanbieder is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij hun zorg niet vergoeden.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming.

Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de [Mijn ZEKUR Zorg](#) of in de [ZEKUR Zorg app](#).

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering 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 heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. 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 in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing. De verzekeringsvoorwaarden zijn gemaakt in de Nederlandse taal. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling, dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. De premiegrondslag vindt u op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

Premiekorting bij vrijwillig eigen risico

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u een korting op de premie. U vindt deze korting op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

3.2. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. 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.

Aan welke eisen moet het rekeningnummer voldoen?

De tenaamstelling van het rekeningnummer moet overeenkomen met de naam van de verzekeringnemer. Ook moet het een rekeningnummer zijn van een land dat deelneemt aan de Single Euro Payments Area (SEPA).

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

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.
- 3.3.2. Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,40 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel [3.3.4.](#)).
 - b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw [Mijn ZEKUR Zorg](#) gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via IDEAL.
 - c. Uw werkgever houdt de premie en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
 - d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.
- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 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.

3.4. Verrekening

U 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 de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering 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.
- 3.5.2. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.3. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.4. Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.5.5. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer:
- Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om deze 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.
 - Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
 - Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u aan bij het CAK voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die u normaal gesproken aan ons zou moeten betalen. Het eventuele vrijwillig eigen risico vervalt per datum aanmelding bij het CAK.
- Heeft u anderen op uw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan u over de premieachterstand.
- U vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.
- 3.5.6. U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- 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;
- 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;
- De zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- 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 rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan 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 7 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld. Een wijziging in de voorwaarden treedt niet eerder in werking dan 1 maand 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, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft 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 14a 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. Bent u verzekeringsplichtig, maar heeft u nog geen burgerservicenummer (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 heeft op de dag zoals bedoeld in artikel [6.1.1.](#) of [6.1.2.](#), dan 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, dan 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, dan 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, dan 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 wijzigen of opzeggen?

6.3.1. Wijzigen

Wilt u uw basisverzekering wijzigen in onze andere basisverzekering? Dan moet u dit uiterlijk 31 januari aan ons doorgeven. Uw nieuwe verzekering gaat dan (met terugwerkende kracht) vanaf 1 januari in.

6.3.2. Jaarlijks opzeggen

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 heeft dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.3. Tussentijds opzeggen

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, dan gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, dan gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- Binnen 6 weken nadat u een mededeling als bedoeld in artikel 78c, tweede lid, of artikel 92, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg over ons heeft ontvangen. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u heeft opgezegd;
- Bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel [5.2. Opzeggingsrecht](#);
- 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 dan 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.

Opzegging bij 18e verjaardag

Als uw kind 18 jaar wordt, dan kunt u de verzekering van uw kind tussentijds opzeggen. Dit kan alleen als uw kind zelf een zorgverzekering heeft gesloten.

6.3.4. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel [6.3.2.](#) en [6.3.3.](#) 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.

6.3.5. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, dan 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 [3.5. Niet-tijdig betalen](#);
- Als er sprake is van fraude (zie artikel [2.4. Fraude](#));
- Als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- Als u heeft 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;
- Als u ongewenst gedrag vertoont tegen ons, onze medewerkers of zorgaanbieders of onze eigendommen beschadigt. Ongewenst gedrag is bijvoorbeeld agressie, het uiten van bedreigingen, het gebruik van geweld of intimidatie of mogelijke andere gedragingen. Wij bepalen wanneer er sprake is van ongewenst gedrag. Wij kunnen hiervan aangifte doen bij de politie en u (laten) registreren in ons Incidentenregister en het Extern Verwijzings Register (EVR). Wij nemen bij opzegging een opzegtermijn van 2 maanden in acht. Als wij uw zorgverzekering hebben beëindigd, kunt u 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

6.5. Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, dan 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, dan wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het CAK 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 CAK binnen 2 weken aantoont dat u al een zorgverzekering heeft gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- b. Wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig 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. Wanneer kunt u uw verzekering wijzigen of opzeggen?](#).

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel [7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico](#).

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. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht. Zie artikel [11. Huisartsenzorg](#);
- Het meedenkadvies en meekijkconsult. Het advies van of het consult met een zorgaanbieder (zoals een medisch specialist) als de huisarts dit heeft gevraagd om u een passende diagnose, behandeling of verwijzing te kunnen bieden zoals omschreven in artikel [11. Huisartsenzorg](#) en artikel [16. Medisch specialistische zorg](#);
- Zorg vanwege overgewicht en obesitas zoals omschreven in artikel [13. Zorg vanwege overgewicht en obesitas](#);
- Verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel [14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\)](#);
- Verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Het eigen risico geldt wel voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten zoals geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer. Zie artikel [15.1. Verloskundige zorg](#) en artikel [16. Medisch specialistische zorg](#);
- Plaatsen en verwijderen van een spiraaltje door een huisarts of verloskundige. Het eigen risico geldt wel voor het spiraaltje. Zie artikel [34. Geneesmiddelen](#) en het Reglement hulpmiddelen voor de vergoeding van het spiraaltje;
- Kraamzorg. Zie artikel [15.2. Kraamzorg](#);
- Het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel [24. Stoppen-met-rokenprogramma](#);
- De door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen 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. Zie artikel [34. Geneesmiddelen](#);
- De als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel [35. Dieetpreparaten](#);
- Oefentherapie bij artrose aan een heup- of kniegewricht onder toezicht van een gecontracteerd fysiotherapeut of gecontracteerd oefentherapeut zoals omschreven in artikel [26. Fysiotherapie en Oefentherapie](#);
- Hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel [36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen](#);
- Zorg die verband houdt met een donatie bij leven, nadat de periode zoals genoemd in artikel [22. Transplantatie van weefsels en organen](#) onder d is verstreken;
- Vervoer van een donor zoals genoemd in artikel [22. Transplantatie van weefsels en organen](#) onder e en f, als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
- De kosten voor afstemming ten behoeve van samenwerking van een zorgaanbieder met andere partijen voor een bepaalde groep verzekerden. De afstemming moet verband houden met zorg die valt onder de zorgverzekering. De zorgaanbieder mag de kosten alleen in rekening brengen als wij hiervoor een contract hebben met de zorgaanbieder;
- Het verkennend gesprek, zie artikel [25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#);
- 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.

7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

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

- We delen het eigen risico door het aantal dagen van het kalenderjaar.
- We vermenigvuldigen de uitkomst onder a. met het aantal dagen dat de verzekering loopt.
- Het berekende bedrag ronden wij af 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: € 385 keer 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32.

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 een diagnose-behandelcombinatie), 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, dan 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. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?](#)

8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

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

- We delen het eigen risico door het aantal dagen van het kalenderjaar.
- We vermenigvuldigen de uitkomst onder a. met het aantal dagen dat de verzekering loopt.
- Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Voorbeeld

U heeft 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 telt 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 keer 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 385 keer 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 40 (€ 32 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 de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan 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. Berekening verplicht eigen risico](#).

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, dan heeft 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. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft 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, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor 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. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

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, dan 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. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) 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. Toestemming en/of verwijzing

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, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 39) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt? Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft 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, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale uitgevoerd door de ANWB. Het telefoonnummer vindt u in de [ZEKUR Zorg app](#), op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 10. Klachten en geschillen

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

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. Kijk voor meer informatie over het indienen van een klacht op onze website.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- 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.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan 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 in Nederland.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor een klacht indienen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

II. Zorgartikelen

Uw verzekering is een naturaverzekering. Op grond van deze verzekering heeft u recht op zorg. In de artikelen 11 tot en met 39 leest u op welke zorg u recht heeft.

GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 11. Huisartsenzorg

11.1. Huisartsenzorg is geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en het hierbij behorend onderzoek en de diagnostiek. Onder huisartsenzorg wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken en preconceptiezorg (kinderwensconsult). Ook voetzorg zoals omschreven in de NZa-beleidsregel overige geneeskundige zorg valt onder huisartsenzorg.

Begeleiding bij het stoppen met roken

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).

Informatie over het stoppen-met-rokenprogramma vindt u in artikel [24. Stoppen-met-rokenprogramma](#).

Preconceptiezorg

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.

11.2. Medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein.

Voorbeelden van deze zorg zijn:

- (Kleine) chirurgische verrichtingen
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje)
- Longfunctiemeting (spirometrie)
- Diagnostiek met behulp van Doppler (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders)
- MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus)
- Audiometrie (onderzoek van het gehoor)
- IUD (spiraaltje) aanbrengen of verwijderen, implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje. Bent u 21 jaar of ouder? Dan heeft u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel, behalve bij de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Zie artikel [34. Geneesmiddelen](#)
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis)
- Therapeutische injectie (Cyriax).

11.3.1. Multidisciplinaire zorg (ketenzorg) in verband met:

- Diabetes mellitus type 2 (DM type 2)
- Chronisch obstructieve longziekte (COPD; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem)
- Hart- en vaatziekten (HVZ; zorg als u patiënt bent met hart- of vaatziekten).

11.3.2. Gecontracteerde multidisciplinaire zorg (ketenzorg) in verband met:

- Verhoogd vasculair risicomanagement (VVR; zorg als u een verhoogd risico heeft op hart- of vaatziekten)
- Astma als u 16 jaar of ouder bent
- Programmatische zorg aan kwetsbare ouderen.

Deze zorg mag uw zorggroep alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft.

Multidisciplinaire zorg (ketenzorg)

Multidisciplinaire zorg is speciaal ontwikkeld om de zorg voor mensen met een chronische aandoening kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren in een regio. De zorgaanbieders werken nauw met elkaar samen, vaak in een zorggroep, zodat de zorg die u nodig heeft beter op elkaar is afgestemd. De zorg is gebaseerd op een zorgstandaard. Dit is een door de zorgaanbieders afgesproken omschrijving van welke zorg een verzekerde moet ontvangen bij een bepaalde aandoening. Deze standaard vormt het uitgangspunt voor welke zorg de verzekerde ontvangt en wie deze zorg geeft. Als er geen zorgstandaard beschreven is, vindt zorgverlening plaats op basis van de professionele normen van de betrokken beroepsgroepen.

Zorggroep

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Heeft uw huisarts een meedenkadvies of meekijkconsult gevraagd aan een zorgaanbieder (zoals een medisch specialist) om u een passende diagnose, behandeling of verwijzing te kunnen bieden? Dan geldt voor deze zorg geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Voor huisartsenzorg (artikel [11.1.](#) en [11.2.](#)) en multidisciplinaire zorg (artikel [11.3.1.](#)):

Bij een huisarts, zorggroep of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, nurse practitioner (NP), physician assistant (PA) of praktijkondersteuner huisarts (POH) (GGZ). Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige. Uw verloskundige kan u hierover informeren.

2. Voor voetzorg zoals vermeld in artikel [11.1.](#) bij:

- Een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici
- Een medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert
- Een pedicure met aantekening 'Diabetes voet'
- Een pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo
- Een pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMOV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

De podotherapeut stelt het behandelplan op en bepaalt welk deel van de behandeling een (medisch) pedicure mag verlenen. De samenwerkingsverbanden tussen podotherapeuten en pedicures vindt u op onze website.

3. Voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg (artikel [11.3.2.](#)):

Bij een door ons gecontracteerde zorggroep.

U kunt bij de huisartsenpraktijk informeren naar de mogelijkheden voor multidisciplinaire zorg. Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven in artikel [11.3.2.](#) naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan heeft u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (artikel [11.1.](#) en [11.2.](#)) en diëtetiek (artikel [29. Diëtetiek](#)).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven in artikel [11.1.](#), [11.2.](#) of [11.3.1.](#) naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

Gaat u naar een zorgaanbieder anders dan een huisarts of zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Dit geldt ook voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek). Kijk voor meer informatie in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

12.1. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen is geneeskundige zorg zoals huisartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden. Dit is generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare ouderen, mensen met chronische progressieve degeneratieve aandoeningen, niet aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.

12.2. Deze zorg omvat ook:

- a. Dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten gericht op het leren omgaan met en het compenseren van beperkingen teneinde de patiënt zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. U kunt hierbij denken aan ouderen met multiproblematiek, mensen met Parkinson, Korsakov, Multiple Sclerose (MS) of met een verstandelijke beperking
- b. Dagbehandeling in een groep aan mensen met een lichamelijk handicap of niet-aangeboren hersenletsel
- c. Dagbehandeling in een groep aan mensen met de ziekte van Huntington
- d. Zorg aan mensen met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking

De regiebehandelaar stelt uw behandelplan op en stuurt het multidisciplinaire team aan. In het behandelplan wordt de zorg en het aantal dagdelen zorg in een groep vastgelegd.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Voor zorg zoals vermeld in artikel 12.1.: bij een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog), orthopedagoog-generalist of klinisch (neuro)psycholoog.
2. Voor zorg zoals vermeld in artikel 12.2.: bij een multidisciplinair team onder leiding van een regiebehandelaar. De regiebehandelaar is een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten. Regiebehandelaar voor een landelijk erkend multidisciplinair zorgprogramma mogen ook zijn een GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist of klinisch (neuro)psycholoog.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist. Verwijzing voor zorg zoals vermeld in artikel 12.2. mag ook plaatsvinden door een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:

- Dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten zoals vermeld in artikel 12.2a.
- Dagbehandeling in een groep aan mensen met een lichamelijk handicap of niet-aangeboren hersenletsel zoals vermeld in artikel 12.2b.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Artikel 13. Zorg vanwege overgewicht en obesitas

13.1. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden tot 18 jaar met overgewicht en obesitas

De ketenaanpak zorg en ondersteuning vanwege overgewicht en obesitas is er voor verzekerden tot 18 jaar met een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. De ketenaanpak omvat in ieder geval begeleiding en coördinatie door een centrale zorgverlener.

Een centrale zorgverlener:

- stelt een brede anamnese op
- stelt een plan van aanpak op met kind en gezin en zorgt voor de samenhang in de aanpak, maar behandelt zelf niet
- coördineert de juiste ondersteuning en zorg op het juiste moment door de juiste professional voor het kind en het gezin
- zet in op het versterken van het zelfmanagement van het kind en het gezin, zodat zij steeds meer zelfstandig in staat zijn om een duurzame gedragsverandering te realiseren.

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor verzekerden tot 18 jaar maakt onderdeel uit van de ketenaanpak. Een GLI is een erkend zorgprogramma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. Eventueel kunnen psychologische interventies op maat ter ondersteuning van de gedragsverandering onderdeel zijn van het zorgprogramma.

De ketenaanpak kan in zijn geheel maximaal 3,5 jaar duren. De 3,5 jaar is inclusief een mogelijke tussenperiode van 6 maanden waarin activiteiten in het sociale of publieke domein plaatsvinden. De tussenperiode kan in overleg met ons worden verlengd als dit een wezenlijke bijdrage kan leveren aan het bereiken van het doel van het zorgplan.

Een GLI duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Dit is niet verzekerd

Maakt een GLI geen onderdeel uit van het plan van aanpak? Dan komen de kosten voor de coördinatie door een centrale zorgverlener niet ten laste van de zorgverzekering.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Voor de begeleiding en coördinatie door een centrale zorgverlener: bij een hbo-jeugdverpleegkundige werkzaam bij de Jeugdgezondheidszorg
2. Voor een erkende gecombineerde leefstijlinterventie: bij een erkende kinderleefstijlcoach. Op onze website vindt u de erkende gecombineerde leefstijlinterventies en kinderleefstijlcoaches.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, kinderarts, jeugdarts of hbo-jeugdverpleegkundige.

13.2. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden vanaf 16 jaar/volwassenen

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. Eventueel kunnen psychologische interventies op maat ter ondersteuning van de gedragsverandering onderdeel zijn van het zorgprogramma. Bent u 18 jaar of ouder? Dan kunt u voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. Bent u 16 jaar of 17 jaar? Dan komt u in aanmerking voor een GLI als u een matig verhoogd GGR heeft en uw huisarts inschat dat u baat kunt hebben bij een GLI voor volwassenen. Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is in ingeschreven in het KABIZ-register (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) en is aangesloten bij de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Verpleging en verzorging is zorg zoals verpleegkundigen die 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. Deze zorg omvat naast verpleegkundige handelingen en verzorging ook coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntsysteem en casemanagement. Onder deze zorg valt ook zorg zoals een verpleegkundige pleegt te bieden als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen). Ook medische kindzorg thuis, in een verpleegkundig kinderdagverblijf en verpleegkundig kindzorghuis valt onder verpleging en verzorging. Medische kindzorg wordt ook wel intensieve kindzorg genoemd.

U heeft voor verpleging en/of verzorging een indicatie nodig en er moet een zorgplan zijn opgesteld. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Let op

Steeds meer medisch-specialistische behandelingen vinden plaats in de thuissituatie. De bijbehorende verpleging en verzorging vergoeden wij niet als wij deze betalen als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U heeft 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.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Indicatie nodig van

- Een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging en Verzorging Nederland.
- Een kinderverpleegkundige voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Dit is een hbo-verpleegkundige met kinderaantekening of verpleegkundig specialist met kinderaantekening. De kinderverpleegkundige stelt de indicatie op basis van de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) en werkt volgens het landelijke Medische Kindzorg Samenwerking (MKS).

Hier kunt u terecht

1. Bij een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist die de indicatie stelt, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).
2. Bij een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist. De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De indicatiesteller blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De samenwerking is schriftelijk vastgelegd en wij ontvangen hiervan een kopie.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de zorg. Voor de indicatie heeft u geen voorafgaande toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg

15.1. Verloskundige zorg

Verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, is zorg zoals verloskundigen die 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 heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel [11. Huisartsenzorg](#) is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- De niet-invasieve prenatale test (NIPT) als u een medische indicatie heeft.
- Invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking (zoals het syndroom van Down) of een medische indicatie heeft voor invasieve diagnostiek.

Eigen risico

Voor verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten zoals geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer. Voor het plaatsen en verwijderen van een spiraaltje door de verloskundige geldt geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor het spiraaltje. Zie artikel [34. Geneesmiddelen](#) en het Reglement hulpmiddelen voor de vergoeding van het spiraaltje. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

- Bij een verloskundige. Voor een echo kunt u terecht bij een zorgaanbieder die is geregistreerd in het daarvoor bestemde deelregister van het kwaliteitsregister van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland. Voor de diagnose echo placentacontrole moet de zorgaanbieder een samenwerkingsovereenkomst met het Regionale Centrum Prenatale Screening hebben.
- Bij een huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde.
- Voor de NIPT kunt u terecht bij een bloedafnamelocatie voor NIPT. Het bloedonderzoek wordt uitgevoerd door een universitair centrum. Voor invasieve diagnostiek kunt u terecht in een centrum voor prenatale diagnostiek.
- Integrale geboortezorg mag alleen worden geleverd door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO).

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Integrale geboortezorg heeft als doel om de samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders makkelijker te maken en de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind te verbeteren. Integrale geboortezorg mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft. Een overzicht van de door ons gecontracteerde IGO's vindt u op onze website. U mag tijdens de zwangerschap, geboorte en nazorg veranderen van zorgaanbieder.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdsige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

15.2. Kraamzorg

Kraamzorg omvat zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende maximaal 6 weken te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Kraamzorg kunt u ontvangen in:

- uw thuissituatie
- een kraamcentrum
- een geboortecentrum
- een ziekenhuis.

Het aantal kraamzorguren indiceert de kraamzorgorganisatie aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP). Of aan de hand van een regeling die in de plaats komt van het LIP. U vindt het protocol of de regeling op onze website. Na de bevalling en gedurende de kraamperiode bepaalt de kraamzorgorganisatie samen met u en de verloskundige hoeveel uren kraamzorg u krijgt. U krijgt minimaal 24 uur kraamzorg. Voor iedere dag waarop u al kraamzorg ontving in het ziekenhuis wordt het gemiddelde aantal uren kraamzorg per dag in mindering gebracht op het aantal te ontvangen kraamzorguren.

Digitale kraamzorg

U krijgt minimaal 24 uur fysieke kraamzorg. De kraamzorgorganisatie kan de fysieke zorg aanvullen met digitale kraamzorg voor voorlichting en/of instructie. Ook een digitaal consult met een kraamverzorgende kan onderdeel uitmaken van de digitale 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.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 5,70 per uur voor kraamzorg thuis, in een geboortecentrum of een kraamcentrum.
- € 22,50 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een 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 geboortecentrum of het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 161,50 per dag voor zowel moeder als kind. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 278 per dag (zie berekening in de tabel hierna).
- Voor digitale kraamzorg geldt geen eigen bijdrage.
- Eventuele verblijfskosten en overige bijkomende kosten betaalt u zelf.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

Bij een gediplomeerde kraamverzorgende die is geregistreerd bij het Kenniscentrum Kraamzorg of verpleegkundige. Kraamzorg als onderdeel van integrale geboortezorg mag worden geleverd door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO). Meer informatie over integrale geboortezorg vindt u in artikel [15.1. Verloskundige zorg](#).

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Extra informatie

Maakt u gebruik van een niet-gecontracteerde kraamverzorgende of verpleegkundige? Stuur u dan bij de nota voor kraamzorg een kopie mee van de indicatiestelling volgens het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP). U kunt een kopie opvragen bij uw kraamzorgorganisatie en/of bij de zelfstandig werkende kraamverzorgende of verpleegkundige.

Eigen bijdrage en maximale vergoeding

Bevalling en kraamzorg thuis	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Bevalling thuis	Er geldt geen eigen bijdrage.
Kraamzorg thuis	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,70 per uur.
Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum	Er geldt geen eigen bijdrage.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,70 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Er geldt geen eigen bijdrage.
Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum	De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 278 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is $2 \times € 161,50 = € 323$ per dag Af: eigen bijdrage is $2 \times € 22,50 = € 45$ per dag Totaal: $€ 323 - € 45 = € 278$ per dag
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	
	Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 278 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	De eigen bijdrage is € 572,98 voor moeder en kind samen. Hierbij is al rekening gehouden met de maximale vergoeding van € 278 per dag.
Kraamzorg in een kraamcentrum	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Kraamzorg in een kraamcentrum	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,70 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.	

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft 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 heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Een meedenkadvies kan deel uitmaken van deze zorg op verzoek van de huisarts. De huisarts vraagt een medisch specialist om advies. Bijvoorbeeld om een verwijzing naar medisch specialistische zorg te voorkomen. Bij een meedenkadvies heeft alleen de huisarts contact met de medisch specialist.
- Een meekijkconsult kan deel uitmaken van deze zorg op verzoek van de huisarts. Het meekijkconsult moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met de huisarts. U keert na het consult terug naar uw huisarts. Uw huisarts houdt de regie over de behandeling. Als uit het meekijkconsult volgt dat u recht heeft op MSZ, dan heeft u hiervoor een verwijsbrief nodig.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Voor zover u deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering omvat medisch specialistische zorg ook:

- a. Van 1 juli 2021 tot 1 april 2027, blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies;
- b. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2029, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
- c. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn.

Als het onderzoek is voltooid, heeft u aanspraak op deze zorg zoals omschreven in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering. Dit geldt niet als het onderzoek voortijdig is stopgezet.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd

- 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. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgelateerde 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 heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico wel. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht meetellen voor het eigen risico. Voor het meedenkadvies en meekijkconsult geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

- Oogheelkunde: Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
- KNO: Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
- Chirurgie: Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
- Dermatologie Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
- Gynaecologie: Vulvaire en vaginale afwijkingen
- Plastische chirurgie: Zie artikel [21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie](#).

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 heeft gevraagd.

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie

Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (Interdisciplinaire MSR) is zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Deze zorg is gericht op het behandelen van mensen die door bepaalde ziekten of aandoeningen ernstige problemen ervaren bij hun dagelijkse activiteiten en daardoor moeilijk meekomen in de maatschappij. Bij interdisciplinaire MSR werkt een revalidatiearts samen met een revalidatieteam van gespecialiseerde zorgverleners uit verschillende vakgebieden. Het doel van interdisciplinaire MSR is dat de patiënt zichzelf goed kan redden, zelf controle kan nemen en beter kan deelnemen aan de maatschappij.

Op indicatie van een revalidatiearts kunt u recht hebben op onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, psychologische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard als bij u sprake is van:

- Een aangeboren of verworven aandoening van het bewegingsapparaat, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen.
- Een aangeboren of verworven neurologische aandoening, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. U heeft ook recht op medisch specialistische revalidatie zonder dat er sprake is van problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen als u niet-aangeboren hersenletsel heeft en dit leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.
- Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Het moet gaan om een klacht, stoornis of aandoening die volgens het Zorginstituut Nederland voldoet aan deze omschrijving.

U heeft alleen recht op deze zorg als deze het meest doeltreffend is om de problemen te voorkomen, verminderen of overwinnen en u met deze zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van gespecialiseerde zorgverleners onder leiding van een revalidatiearts verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

17.2. Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten). Het doel is herstel of verbetering van uw functioneren en uw deelname aan de maatschappij.

GRZ is alleen verzekerd als hier geen verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg aan is voorafgegaan dat gepaard gaat met een behandeling in dezelfde instelling.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 18. Erfelijkheidsonderzoek

Erfelijkheidsonderzoek is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [16. Medisch specialistische zorg](#) en omvat 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, dan zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 19. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg

19.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

In-vitrofertilisatie (IVF) is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [16. Medisch specialistische zorg](#) en omvat 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 wordt de eerste en tweede IVF-poging alleen vergoed 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:

- a. Het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw
- b. De follikelpunctie
- c. De bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium
- d. 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 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, dan heeft u recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel [19.2. Overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg](#).

Wanneer heeft 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 onvruchtbaarheid. Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van 3 pogingen, als er sprake is van gezamenlijke onvruchtbaarheid.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Gynaecoloog of uroloog.

Extra informatie

Als er bij een IVF-behandeling, waaronder ook begrepen een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie), gebruik wordt gemaakt van eiceldonatie, zijn bovenstaande voorwaarden voor IVF ook van toepassing. U heeft 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. Kijk voor meer informatie op onze website.

19.2. Overige vruchtbaarheidsgelateerde zorg

Overige vruchtbaarheidsgelateerde zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel

[16. Medisch specialistische zorg](#) en omvat gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de vruchtbaarheid bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Vruchtbaarheidsgelateerde zorg wordt niet vergoed voor vrouwen van 43 jaar of ouder.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een gynaecoloog of uroloog.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdsige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 20. Audiologische zorg

Audiologische zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [16. Medisch specialistische zorg](#) en omvat 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 taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

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

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Plastische en/of reconstructieve chirurgie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [16. Medisch specialistische zorg](#) en omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. Correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. Correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. Correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. Correctie van 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. Correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht heeft op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

Dit is niet verzekerd

- a. Behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden, anders dan genoemd in punt 3 van dit artikel
- b. Liposuctie van de buik
- c. Het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Epilatie (ontharen) bij transgenderzorg mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf toestemming nodig voor behandelingen vermeld op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische zorg. U vindt deze lijst op onze website. U heeft geen toestemming nodig voor een primaire of secundaire borstreconstructie (een eerste hersteloperatie van de borst) na borstkanker of een risico op borstkanker. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen

Transplantatie van weefsels en organen is alleen geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [16. Medisch specialistische zorg](#) 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 moet de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn en in dat land wonen.

De 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 wonende 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, dan komen de kosten van vervoer bedoeld onder e en f voor rekening van de zorgverzekering van de donor.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor:

- Zorg die verband houdt met een donatie bij leven nadat de periode bedoeld onder d is verstreken.
- Vervoer van een donor zoals omschreven onder e en f als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten.

Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 23. Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is multidisciplinaire zorg in verband met een visuele, auditieve of 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.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een 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.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) 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 24. Stoppen-met-rokenprogramma

Het stoppen-met-rokenprogramma omvat geneeskundige zorg ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken. Ook geneesmiddelen kunnen deel uitmaken van deze zorg 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 3 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij zorgaanbieders die werken volgens de Zorgstandaard Tabaksverslaving.

De geneesmiddelen mogen alleen worden geleverd door een door ons voor deze zorg gecontracteerde (internet)apotheek. U vindt deze op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten?

Of gaat u voor de geneesmiddelen naar een apotheker of apothekhoudend huisarts waarmee wij voor deze geneesmiddelen geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel

[1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Artikel 25. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

GGZ is geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vindt u informatie over de behandelingen die hieraan voldoen in de Lijst Therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en welke therapieën niet voldoen en in welke situaties deze toegepast mogen worden.

Verkennd gesprek

Een verkennd gesprek kan deel uitmaken van deze zorg op verzoek van de huisarts. In een verkennd gesprek wordt samen met u gekeken wat uw hulpvraag is en welke ondersteuning of zorg u kan worden geboden. Vragen die daarbij spelen zijn of u ondersteuning vanuit de gemeente of andere maatschappelijke organisaties nodig heeft. Of GGZ. Of ondersteuning en GGZ. In dat laatste geval wordt ook gekeken wat de best passende zorg is: gelijktijdig of achtereenvolgens. Als uit het verkennd gesprek volgt dat u recht heeft op GGZ, dan heeft u hiervoor een verwijfsbrief nodig.

Dit is niet verzekerd

Zorg waarvoor geen of onvoldoende bewijs is dat deze effectief is, valt niet onder de basisverzekering. Om te bepalen of er sprake is van verzekerde zorg gaan wij onder andere uit van DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), zorgstandaarden, standpunten van het Zorginstituut Nederland, Zorgkompas Zorgverzekeringswet en de Lijst Therapieën GGZ.

Hierna volgt een opsomming met een aantal aandoeningen, behandelingen en interventies die niet onder de GGZ vallen. Deze lijst bevat voorbeelden en is niet uitputtend:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen (bijvoorbeeld bij echtscheiding of rouw)
- Hulp bij werk- en relatieproblemen
- Hulp bij slaapstoornissen, seksuele disfuncties
- Psychosociale hulp/zorg (bijvoorbeeld voor stress of burn-out)
- Zorg bij leerstoornissen
- Zelfhulp
- Het toeleiden naar zorg
- Universele en selectieve preventie. Dit is preventie gericht op de hele bevolking of delen daarvan of op groepen met een verhoogd risico op bepaalde aandoeningen. Geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie vallen wel onder de zorgverzekering. Als er geen stoornis is vastgesteld, valt deze preventie onder huisartsenzorg. En niet onder de GGZ. De zorg kan dan verleend worden door een huisarts of een praktijkondersteuner huisarts GGZ
- Dienstverlening
- Psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen
- Intelligentieonderzoek
- Neurofeedback
- Behandeling die primair gericht is op stoornissen die niet zijn opgenomen in de DSM-5 classificatie. De behandeling van bijvoorbeeld alleen obesitas of een seks- of eetverslaving is daardoor niet verzekerd
- Begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen
- Diagnostiek zonder de bedoeling dat een GGZ-behandeling plaatsvindt
- 5 of meer diagnostiekconsulten die leiden tot een niet verzekerde diagnose
- Resocialisatie zonder dat er een GGZ-behandeling plaatsvindt
- Klinische opnames voor verslavingszorg die niet direct opgevolgd worden door een aansluitende, ambulante vervolgbehandeling. De periode na ontslag geldt als een kwetsbare periode. Alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) kan een klinische behandeling (in het buitenland) als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk
- Opname op basis van een sociale indicatie (bijvoorbeeld bij het niet beschikken over huisvesting), tenzij er sprake is van Verblijf met rechtvaardigingsgrond.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor het verkennend gesprek. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder die een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat geregistreerd is via de website GGZ Kwaliteitsstatuut.

Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (LKS GGZ) beschrijft de minimale kwaliteitseisen waar een zorgaanbieder aan moet voldoen om de GGZ rond een verzekerde te organiseren. Het geeft een beschrijving van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgaanbieders in verschillende onderdelen van het zorgproces, zodat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals wordt geleverd. Alle zorgaanbieders van GGZ zijn verplicht een eigen kwaliteitsstatuut GGZ op te stellen.

Het LKS GGZ verdeelt het zorgproces in twee delen:

1. Probleemanalyse, indicatiestelling met het stellen van een diagnose, behandeling en begeleiding en de reflectie hierop;
2. Uitvoering, coördinatie en evaluatie van behandeling en begeleiding.

De regiebehandelaar heeft voor het eerste deel in het zorgproces een indicerende rol en voor het tweede deel een coördinerende rol. Het LKS GGZ beschrijft welke taken en verantwoordelijkheden bij deze rollen horen en hoe deze zich verhouden tot de rol van medebehandelaar. Ook beschrijft het welke competenties nodig zijn om deze rollen als regiebehandelaar te kunnen vervullen.

Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder maakt voor de verzekerde inzichtelijk hoe de zorgaanbieder aan de minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het geeft de verzekerde en eventueel een naaste informatie over de uitgangspunten en de werkwijze van de zorgaanbieder. De verzekerde kan zo een weloverwogen keuze maken voor een bepaalde zorgaanbieder en meebeslissen over de behandeling.

Op www.zorginzicht.nl onder openbare data vindt u welke zorgaanbieders een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ hebben en waar u het kwaliteitsstatuut kunt inzien.

Setting

GGZ wordt in verschillende vormen geleverd. In de GGZ heet dit een setting. Er zijn 8 settings:

1. Behandeling zonder verblijf door een vrijgevestigd zorgaanbieder (kwaliteitsstatuut sectie II)
2. Monodisciplinaire behandeling zonder verblijf door een instelling (kwaliteitsstatuut sectie III)
3. Multidisciplinaire gespecialiseerde behandeling zonder verblijf door een instelling (kwaliteitsstatuut sectie III).
Naast de regiebehandelaar wordt de zorg door minstens 2 andere zorgaanbieders met verschillende beroepen geleverd
4. Outreachende zorg is gespecialiseerde multidisciplinaire GGZ voor bijvoorbeeld verzekerden met een ernstige psychiatrische aandoening. Vaak wordt de zorg bij de verzekerde thuis of in de wijk verleend
5. Gespecialiseerde GGZ met verblijf (exclusief forensische en beveiligde zorg)
6. Forensische en beveiligde gespecialiseerde GGZ met verblijf
7. Forensische en beveiligde gespecialiseerde GGZ zonder verblijf
8. Hoogspecialistische multidisciplinaire GGZ met of zonder verblijf

Regiebehandelaar

Per setting is bepaald wie regiebehandelaar mag zijn. De regiebehandelaar moet voor diagnostiek, het stellen van een indicatie, behandeling en begeleiding handelen volgens de specificatie van de inzet zoals deze voor de betreffende beroepsgroep is vermeld in het LKS GGZ. Elke regiebehandelaar heeft zijn eigen specialisatie.

Setting 1

Voor generalistische basis GGZ (GB GGZ): een klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut of gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog).

Voor gespecialiseerde GGZ: een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut.

Een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut is beschikbaar voor advies en consultatie binnen het professioneel netwerk waarin de regiebehandelaar deelneemt.

Setting 2

Voor GB GGZ: een klinisch (neuro)psycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, psychotherapeut, GZ-psycholoog of verslavingsarts. Als één van de hiervoor vermelde regiebehandelaren betrokken is bij de diagnostiek en indicatiestelling, dan mag een orthopedagoog-generalist ook regiebehandelaar zijn in deze setting.

Voor gespecialiseerde GGZ: een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, psychotherapeut, verslavingsarts, specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater. Als één van de hiervoor vermelde regiebehandelaren betrokken is bij de diagnostiek en indicatiestelling, dan mag een GZ-psycholoog, physician assistant of orthopedagoog-generalist ook regiebehandelaar zijn in deze setting. Een psychiater, klinisch(neuro)psycholoog of psychotherapeut is beschikbaar voor advies en consultatie binnen het professioneel netwerk of het multidisciplinair team waarin de regiebehandelaar deelneemt.

Setting 3 tot en met 8

Voor gespecialiseerde GGZ: een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verslavingsarts, physician assistant, sociaal psychiatrisch verpleegkundige of orthopedagoog-generalist.

Setting 3, 4, 5 en 8

Voor gespecialiseerde GGZ: een specialist ouderengeneeskunde of een klinisch geriater.

Diagnostiek en indicatiestelling

Bij diagnostiek en indicatiestelling moet altijd een behandelaar betrokken zijn met een van de volgende beroepen in de gespecialiseerde GGZ vallend onder artikel 3 of 14 van de Wet op de Individuele beroepen in de Gezondheidszorg (BIG): een klinisch(neuro)psycholoog, psychiater, psychotherapeut of verpleegkundig specialist GGZ. Of een verslavingsarts voor verslavingszorg of een specialist ouderengeneeskunde voor ouderenpsychiatrie. Onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een zorgaanbieder die is opgenomen in de Lijst consult registrerende beroepen een bijdrage leveren aan de behandeling van verzekerden.

Overgangsregeling Jeugdwet

Regiebehandelaar GGZ voor een behandeling gestart onder de Jeugdwet mogen zijn: kinder- en jeugdpsycholoog NIP, GZ-psycholoog en orthopedagoog-generalist NVO. De regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ (Stichting Kwaliteitsregister Jeugd) of een BIG-registratie. Zij mogen alleen regiebehandelaar zijn voor een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat u 18 jaar bent geworden.

Hoogspecialistische GGZ

Voor hoogspecialistische GGZ moet u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Als u gebruikmaakt van een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd voor deze zorg, dan heeft u geen recht op vergoeding, ook geen gedeeltelijke vergoeding.

Verkennd gesprek

Voor het verkennd gesprek moet u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Als u gebruikmaakt van een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd voor deze zorg, dan heeft u geen recht op vergoeding, ook geen gedeeltelijke vergoeding. In uw regio is afgestemd wie het verkennd gesprek mag voeren.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, straatdokter of uw regiebehandelaar in geval van een doorverwijzing. Een straatdokter is een (huis)arts die zorg verleent aan dak- en thuislozen.

Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en heeft u hiervoor geen verwijsbrief van een hierboven genoemde verwijzer? Dan heeft u een nieuwe verwijsbrief nodig.

De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.

Toestemming

- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor Esketamine (neusspray)
- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor GGZ met verblijf (zie artikel [37. Verblijf](#)). Verstrekt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen. U kunt samen met uw zorgaanbieder een toestemmingsformulier GGZ invullen. Het formulier vindt u op onze website. Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 26. Fysiotherapie en Oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie is zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Deze zorg omvat:

Jonger dan 18 jaar

- Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. 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 van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
- 9 behandelingen per kalenderjaar voor een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat. Maximaal 9 extra behandelingen als u nog last heeft van de aandoening: in totaal maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie

Eenmalig 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Oefentherapie bij etalagebenen

Maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij artrose heup- of kniegewricht

Maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij axiale spondyloartritis

Langdurige actieve oefentherapie bij axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen. Dit betekent dat u niet in staat bent tot of hulp nodig heeft bij normale dagelijkse activiteiten (zoals zelfverzorging, lopen, opstaan en verplaatsingen). Op onze website vindt u welke zorgaanbieders deze oefentherapie mogen geven.

Oefentherapie bij COPD

Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) GOLD klasse II en hoger.

Oefentherapie bij reumatoïde artritis

Langdurige actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen. Dit betekent dat u niet in staat bent tot of hulp nodig heeft bij normale dagelijkse activiteiten (zoals zelfverzorging, lopen, opstaan en verplaatsingen).

Behandeling van chronische aandoeningen

Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. 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 van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn. De eerste 20 behandelingen krijgt u niet vergoed.

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? Vraag dit dan vooraf na bij uw zorgaanbieder. U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website.

Valpreventief beweegprogramma bij een hoog risico om te vallen

Maximaal 1 trainingsprogramma per 12 maanden ter verbetering van spierkracht, balans en problemen bij het lopen. U heeft recht op een erkend programma als uit een valrisicobeoordeling (ook wel valanalyse genoemd) is gebleken dat u als gevolg van lichamelijke of psychische problemen begeleiding nodig heeft van een fysiotherapeut of oefentherapeut. Op onze website vindt u wie de valrisicobeoordeling mag uitvoeren. De erkende valpreventieve beweegprogramma's vindt u ook op onze website.

Dit is niet verzekerd

- Arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen;
- Re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
- Behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor oefentherapie voor artrose aan een heup- of kniegewricht onder toezicht van een gecontracteerd fysiotherapeut of gecontracteerd oefentherapeut. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een fysiotherapeut of heilgymnast-masseur

Gespecialiseerde therapie

Voor gespecialiseerde fysiotherapie en oefentherapie kunt u terecht bij een:

- Bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, kinderfysiotherapeut of manueel therapeut
- Bekkenoefentherapeut, geriatrie-oefentherapeut, kinderoefentherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Voor oedeemtherapie bij een:

- Oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut

Voor littekentherapie bij een:

- Huidtherapeut

Voor een hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik bij een:

- Fysiotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL). Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport, is niet verzekerd.

De kosten voor gespecialiseerde therapie krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een therapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde (deel)register van het:

- Individueel Register Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF)
- Subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Therapie voor etalagebenen, Parkinson of reumatoïde artritis

Voor oefentherapie voor etalagebenen:

- Bij een fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten bij Chronisch Zorgnet

Voor fysiotherapie en oefentherapie voor de ziekte van Parkinson:

- Bij een fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten bij ParkinsonNet

Voor oefentherapie bij reumatoïde artritis (RA) bij een:

- Fysiotherapeut die een aanvullende vermelding voor RA heeft bij het KNGF of het SKF
- Oefentherapeut die een actuele registratie voor RA heeft bij de Vereniging van Oefentherapeuten (VvOCM) of het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)

Wij sluiten voor oefentherapie voor etalagebenen en voor fysiotherapie of oefentherapie voor Parkinson alleen contracten met fysiotherapeuten en oefentherapeuten aangesloten bij Chronisch Zorgnet en ParkinsonNet. En voor RA alleen met fysiotherapeuten of oefentherapeuten die beschikken over de juiste vermelding of registratie. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet is aangesloten bij Chronisch Zorgnet, ParkinsonNet of die niet over de juiste vermelding of registratie beschikt voor RA, dan ontvangt u een lagere vergoeding.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Chronisch ZorgNet voor COPD

Heeft u oefentherapie nodig vanwege COPD? Dan kunt u terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

Brief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant waaruit blijkt dat u een aandoening heeft, die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Artikel 27. Logopedie

Logopedie is zorg zoals logopedisten die 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.

Dit is niet verzekerd

Logopedische behandelingen in verband met:

- Dyslexie
- Taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid
- Spreken in het openbaar
- Voordrachtskunst.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een logopedist.

Logopedische behandelingen die afwijken van de reguliere behandeling mogen alleen worden geleverd door een logopedist die is ingeschreven in een van de volgende deelregisters van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF):

- Afasie
- Hanen programma's
- Integrale zorg stotteren
- Preverbale logopedie (eten en drinken)
- Stotteren.

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

ParkinsonNet

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u logopedie nodig? Wij sluiten voor deze zorg alleen contracten met logopedisten aangesloten bij ParkinsonNet. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet is aangesloten bij ParkinsonNet, dan ontvangt u een lagere vergoeding.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 28. Ergotherapie

Ergotherapie is zorg zoals ergotherapeuten die 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.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een ergotherapeut.

Gespecialiseerde therapie

Voor gespecialiseerde ergotherapie kunt u terecht bij een:

- Kinderergotherapeut
- Handergotherapeut
- Handergotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) voor een hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik. Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport, is niet verzekerd.

De kosten voor gespecialiseerde therapie krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een ergotherapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

ParkinsonNet

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u ergotherapie nodig? Wij sluiten voor deze zorg alleen contracten met ergotherapeuten aangesloten bij ParkinsonNet. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet is aangesloten bij ParkinsonNet, dan ontvangt u een lagere vergoeding.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdelijke zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 29. Diëtetiek

Diëtetiek is zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft, tot maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar. Onder diëtetiek wordt verstaan voorlichting met een medisch doel en het behandelen van patiënten door diëttherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een diëtist.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdelijke zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Diëtetiek als onderdeel van multidisciplinaire zorg (ketenzorg)

Wanneer u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte), een verhoogd vasculair risico of astma heeft en u ontvangt hiervoor multidisciplinaire zorg zoals omschreven in artikel [11. Huisartsenzorg](#), dan wordt de diëtetiek voor deze of gerelateerde aandoeningen via deze multidisciplinaire zorg geleverd.

Artikel 30. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Tandheelkundige zorg is zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat voor verzekerden jonger dan 18 jaar de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. Controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, dan heeft 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, dan heeft 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. Chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten
13. Röntgenonderzoek. U heeft geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

Bent u jonger dan 23 jaar? Dan heeft u recht op kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer ontbrekende blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd of geheel ontbreken als gevolg van een ongeval. De noodzaak van deze zorg moet zijn vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Bent u 18 jaar of ouder? Dan geldt voor deze zorg het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

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

Voor een autotransplantaat bij een multidisciplinair behandelteam waarbij het chirurgische deel uitgevoerd wordt door een tandarts-parodontoloog, tandartsimplantoloog of kaakchirurg en het tandheelkundige deel door een tandarts. De regierol ligt bij de zorgaanbieder die het chirurgische deel uitvoert.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:

- Kronen, bruggen en implantaten
- Kaakoverzichtsfoto's
- Autotransplantaten door een tandarts-parodontoloog, tandartsimplantoloog of een tandarts
- De 11e sealing of meer
- Het trekken van een frontelement, melktand of melkkies in een moeilijke situatie waarbij het tandvlees aan de kant moet worden geschoven
- De toeslag zeer ernstig geslonken kaak bij een gebitsprothese
- Behandelingen van het kauwstelsel
- Behandelingen van het tandvlees
- Meer dan 1 uur preventieve voorlichting per jaar
- Meer dan 1,5 uur gebitsreiniging per jaar
- De kosten van alle overige tandheelkundige behandelingen die samen meer dan € 1.400 per jaar bedragen.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Artikel 31. Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U heeft 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.

31.1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Tandheelkunde zorg in bijzondere gevallen is zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
2. Als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft;
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.

De zorg vermeld onder 1. omvat orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

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.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

2. Orthodontische zorg in bijzondere gevallen:

Bij een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg of een tandarts die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister van de Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (OK register) in samenwerking met een kaakchirurg. Patiënten met een lip-, kaak- of gehemeltepleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie (narcose) nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
 - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
 - Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
 - Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

31.2. Tandheelkundige implantaten

De zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde als u:

1. Een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft;
2. Een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

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 staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Voor de prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie artikel [33. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#).

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.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg. Als er sprake is van implantologie in de zeer ernstig geslonken tandeloze kaak dan mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
 - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
 - Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
 - Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Artikel 32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Kaakchirurgie is chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden als u 18 jaar en ouder bent.

Dit is niet verzekerd

- Chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie)
- Het aanbrengen van een implantaat
- Ongecompliceerde extracties. Bij deze extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een kaakchirurg.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Artikel 33. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

De zorg omvat een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten als u 18 jaar of ouder bent. De zorg omvat ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de meso- structuur) voor een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese maakt ook deel uit van deze zorg.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- 10% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de onderkaak
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de bovenkaak
- 25% van de kosten voor een normale gebitsprothese
- 10% van de kosten voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Uw eigen bijdrage is 17% van de kosten voor het tegelijk maken van een normale gebitsprothese op de ene kaak en een implantaatgedragen prothese op de andere kaak (code J50).

Eigen bijdrage gebitsprothese

U heeft recht op een gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). 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 heeft. Naast een eigen bijdrage is ook het eigen risico van toepassing. Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft, zie artikel [31.2. Tandheelkundige implantaten](#).

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
 - a. Als er sprake is van extra techniekkosten voor een metalen versteviging, weekblijvende basis, non-toxic kunsthars/monomeervrije kunsthars en/of gaasversteviging/vezelversterker
 - b. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen
 - c. Voor de toeslag zeer ernstig geslonken kaak
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:
 - a. Een gebitsprothese op implantaten
 - b. Het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten
 - c. Een steg of drukknopen (mesostructuur)

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 34. Geneesmiddelen

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
- Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor u nieuw receptplichtig geneesmiddel
- Instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel
- Medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik
- Begeleiding en verbetering van geneesmiddelengebruik in samenwerking met de huisarts
- Farmaceutisch consult.

Geregistreerde geneesmiddelen

De zorg omvat bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Deze vindt u in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering.

Voorkeursgeneesmiddelen

In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. Wij kiezen voor bepaalde werkzame stoffen een voorkeursgeneesmiddel. U heeft alleen recht op deze voorkeursgeneesmiddelen. U vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof vergoeden wij niet. Als een behandeling met een voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is, vermeldt uw arts 'medische noodzaak' op het recept. U heeft dan recht op een ander geneesmiddel.

Medische noodzaak

Artsen mogen alleen 'medische noodzaak' op het recept vermelden als zij deze kunnen onderbouwen. Heeft uw apotheker vragen over de voorgeschreven medische noodzaak? Bijvoorbeeld omdat u het geneesmiddel niet eerder heeft gebruikt? Dan neemt de apotheker contact op met uw arts. De apotheker kiest op basis van de door uw arts voorgeschreven werkzame stof en de toelichting van uw arts welk geneesmiddel aan u wordt meegegeven. Als er geen sprake is van medische noodzaak geeft de apotheker u het voorkeursgeneesmiddel mee.

Voorkeursgeneesmiddelen en uw eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor voorkeursgeneesmiddelen. U vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Voor de dienstverlening van de apotheek geldt het eigen risico wel. Dit zijn bijvoorbeeld de kosten voor de terhandstelling van een geneesmiddel en de begeleiding bij het gebruik van nieuwe geneesmiddelen. Gebruikt u een ander geneesmiddel dan het voorkeursgeneesmiddel vanwege medische noodzaak, dan geldt het eigen risico wel.

Zelfzorgmiddelen

De zorg omvat zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U heeft alleen recht op laxermiddelen, 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

De zorg omvat niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U heeft recht op 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 heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening heeft die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Tijdelijk geneesmiddelentekort

Als een geregistreerd geneesmiddel in Nederland niet of onvoldoende geleverd kan worden, omvat de zorg een vervangend geneesmiddel uit het buitenland. Dit geneesmiddel moet met toestemming van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd of met een tijdelijke vergunning van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen uit het buitenland zijn gehaald.

Dit is niet verzekerd

- Farmaceutische zorg voor 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
 - Farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen
 - 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 niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald
 - Geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet
- U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Let op

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.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.
Uw wettelijke eigen bijdrage is maximaal € 250 per kalenderjaar.

Als uw zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij de eigen bijdrage als volgt:

- a. We delen de eigen bijdrage door het aantal dagen van het kalenderjaar.
- b. We vermenigvuldigen de uitkomst onder a. met het aantal dagen dat de verzekering loopt.
- c. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

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. Uw maximale eigen bijdrage is € 250 per kalenderjaar. Naast de eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn. Kijk voor meer informatie op onze website.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Gebruikt u de door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg? Dan geldt het eigen risico niet.

Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie wel onder het eigen risico vallen. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor farmaceutische zorg zoals vermeld in dit artikel niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundige (met juiste voorschrijfbevoegdheid).

Voor hoeveel dagen mag uw apotheker geneesmiddelen aan u geven?

Uw apotheker mag uw geneesmiddel voor een bepaalde periode aan u geven. De periode is afhankelijk van uw recept, het geneesmiddel en hoe lang u het geneesmiddel moet gebruiken.

Nieuw geneesmiddel

- Maximaal 15 dagen of
- De kleinste verpakking als die meer bevat dan u nodig heeft voor 15 dagen

Geneesmiddel op basis van een herhaalrecept

- 1 maand voor een geneesmiddel dat per maand meer dan € 1.000 kost. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed bent ingesteld op het geneesmiddel, mag uw apotheker dit geneesmiddel voor een periode van 3 maanden aan u geven
- 1 maand voor slaapmiddelen
- 1 maand voor geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (met uitzondering van middelen uit de groep van de antidepressiva)
- 1 maand voor geneesmiddelen die zijn opgenomen in de Opiumwet.
- Minimaal 3 maanden en maximaal 12 maanden voor een geneesmiddel voor de behandeling van een chronische aandoening.

Redenen om een geneesmiddel voor een kortere periode aan u te geven

- Het geneesmiddel is beperkt houdbaar
- Het geneesmiddel is beperkt beschikbaar

Anticonceptiepil en insuline

Voor de anticonceptiepil en voor insuline heeft u alleen de eerste keer een recept nodig.

Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een aantal geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. 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 of een toestemmingsformulier van onze website downloaden en invullen.
Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een contract 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, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.
Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? U kunt dan vooraf toestemming vragen door het formulier rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres op onze website.

2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:
- Een aantal doorgeleverde apotheekbereidingen (op maat gemaakte medicijnen). Dit zijn bereidingen die een apotheek maakt en aan uw apotheek levert;
 - 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.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Anticonceptiemiddelen

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan heeft u recht op 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 heeft alleen recht op anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Let op: u heeft hiervoor onze toestemming nodig. Kijk voor informatie over het aanvragen van toestemming bij punt 1 onder het kopje Toestemming van dit artikel.

Als u geen recht heeft op deze vergoeding, dan krijgt u de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering heeft. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Ongeacht uw leeftijd, heeft u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door een huisarts of een medisch specialist. Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige.

Artikel 35. Dieetpreparaten

Dieetpreparaten zijn polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Dieetpreparaten maken alleen deel uit van de zorg als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- Lijdt aan een stofwisselingsstoornis
- Lijdt aan een voedselallergie
- Lijdt aan een resorptiestoornis
- Lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop of
- Daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Dieetpreparaten

Een dieetpreparaat is een medische voeding met een andere vorm en een andere samenstelling dan normale voeding. Er zijn verschillende soorten, onder andere drinkvoeding en sondevoeding. In drinkvoeding zijn bijvoorbeeld extra energie, eiwitten, vetten of vitamines en mineralen opgenomen. Sondevoeding is speciale voeding die via een dun slangetje (een sonde) door de neus of buikholte direct naar de maag of darm gaat.

Dieetproduct

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. In het Reglement farmaceutische zorg zijn een aantal drinkvoedingen, puddingen en vla met verschillende smaken aangewezen als voorkeursproduct. Voor deze voorkeursproducten geldt het eigen risico niet. U kunt ook kiezen voor andere producten. Dan het geldt het eigen risico wel. U vindt het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Wij kunnen de lijst met voorkeursproducten tussentijds wijzigen. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij een medisch speciaalzaak ook wel een facilitair bedrijf genoemd.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

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

Recept (voorschrift)

Huisarts, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming kunt u gebruikmaken van het door uw huisarts voorgeschreven recept of de door uw medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten (ZN Verklaring polymere, oligomere of modulaire dieetpreparaten). Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn 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 of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten.

Gebruikt u een hulpmiddel of een verbandmiddel en wilt u overstappen naar een nieuwe hulpmiddelenleverancier? Neem dan tijdig contact op met uw huidige hulpmiddelenleverancier om u af te melden. U kunt per zorgvraag bij één hulpmiddelenleverancier tegelijk terecht.

Gaat het om verbruiksartikelen zoals verbandmiddelen, hulpmiddelen bij diabetes, incontinentie- of stomamaterialen? Dan meldt u aan uw nieuwe hulpmiddelenleverancier tot wanneer u voldoende hulpmiddelen en/of verbandmiddelen heeft. Hiermee voorkomt u onnodige voorraad. Onnodige voorraad krijgt u niet vergoed.

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 heeft en zo ja, van wie;
- Of u vooraf onze toestemming nodig heeft (voor (eerste) aanschaf, herhaling of reparatie);
- Gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan 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 contract hebben gesloten, dan 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.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen (hulpmiddelenleverancier). In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de hulpmiddelenleverancier aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Hulpmiddelenzorg niet overdragen aan zorgaanbieders (hulpmiddelenleveranciers) of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Bruikleen

Verstrekt een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract een hulpmiddel in bruikleen? En gaat u voor dit hulpmiddel naar een zorgaanbieder zonder contract? Dan vergoeden wij maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar die wij betaald zouden hebben als u naar een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract voor de betreffende zorg zou zijn gegaan. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen. In het Reglement hulpmiddelen vindt u welke hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt door een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract.

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Extra informatie

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 heeft 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 37. Verblijf

Verblijf is medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel [11. Huisartsenzorg](#)), verloskundige zorg (artikel [15.1. Verloskundige zorg](#)), medisch specialistische zorg (artikelen 16 tot en met 23), GGZ (artikel [25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#)) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (artikel [30. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar](#), [31. Bijzondere tandheelkunde](#) en artikel [32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#)) 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. 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). Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die medische kindzorg (intensieve kindzorg) nodig hebben zoals omschreven in artikel [14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\)](#).

Een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis is mogelijk als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. De vergoeding bedraagt maximaal € 94,50 per dag.

Wanneer heeft u recht op een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis?

Ondergaat u CAR T-celtherapie en woont u op meer dan 60 minuten reizen van het expertziekenhuis waar u de behandeling ondergaat? Dan kunnen wij op uw verzoek een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van het ziekenhuis geven. De vergoeding begint op de dag dat u het ziekenhuis verlaat en stopt na 14 dagen, tenzij u langer in de buurt van het ziekenhuis moet blijven in verband met medische complicaties. De vergoeding bedraagt maximaal € 94,50 per dag.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling of in een revalidatie-instelling.

Eerstelijnsverblijf mag plaatsvinden in een instelling waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend.

Het verblijf in verband met medische kindzorg mag plaatsvinden in een kindzorghuis.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor verblijf in een GGZ-instelling niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Voor verblijf in verband met medische kindzorg mag een kinderarts of hbo-kinderverpleegkundige een voorschrift afgeven.

Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg of medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel

[32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#) Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor verblijf in verband met medische kindzorg (artikel [14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\)](#)), medisch specialistische zorg (artikel [16. Medisch specialistische zorg](#)), revalidatie (artikel [17.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie](#)), plastische en/of reconstructieve chirurgie (artikel [21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie](#)), GGZ (artikel [25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#)) en mondzorg (artikel [30. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar](#), [31. Bijzondere tandheelkunde](#) en [32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#)) als dit in het betreffende zorgartikel is aangegeven. Kijk voor meer informatie in het betreffende zorgartikel.

U heeft ook onze toestemming nodig voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

ZIEKENVERVOER

Artikel 38. Ambulancevervoer en ziekenvervoer

Ambulancevervoer en ziekenvervoer omvat:

1. Medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevoorzieningen 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. Als u jonger bent dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
 - d. Vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel in 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.
 - e. 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 in punt 1a tot en met 1d;
2. 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 of instelling als bedoeld onder punt 1a, 1b of 1d of een woning als bedoeld onder punt 1e. U heeft dit recht uitsluitend in de volgende situaties:
 - a. Voor nierdialyses en voor de consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
 - b. Voor oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie en voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
 - c. Als u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
 - d. Als uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
 - e. Als u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen bent op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid (medische kindzorg, ook wel intensieve kindzorg genoemd);
 - f. Als u bent aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel [17.2. Geriatrische revalidatie](#);
 - g. Als u bent aangewezen op dagbehandeling in een groep als onderdeel van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als bedoeld in artikel [12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen](#) onder punt 2a, 2b of 2c;
 - h. Als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Hieronder valt ook het ziekenvervoer voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling.

Wanneer komt u in aanmerking voor 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 heeft recht op ziekenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer u een gezichtsveld heeft van minder dan 20 graden. Het kan ook voorkomen dat u een combinatie heeft 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.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden 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 begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Logeerkosten

Bent u tenminste 3 achtereenvolgende dagen aangewezen op vervoer als bedoeld onder 2a tot en met 2g? Dan kunnen wij u op uw verzoek een vergoeding voor logeerkosten geven van maximaal € 94,50 per dag. U heeft dan recht op vervoer of een kilometervergoeding voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en op vergoeding van 2 of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De logeervergoeding komt dus gedeeltelijk in plaats van de vervoersvergoeding.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 134 per kalenderjaar voor ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer en logeerkosten.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Voor ambulancevervoer: bij een vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Voor ziekenvervoer:
 - Bij een taxivervoerder
 - Bij een 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 € 0,40 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Maakt u gebruik van een taxivervoerder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. Voor ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2e (medische kindzorg) heeft u een voorschrift nodig van de kinderarts of hbo-kinderverpleegkundige. Voor ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2g (geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen) heeft u een voorschrift nodig van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist. U heeft geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor ziekenvervoer en de vergoeding van logeerkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

U kunt via onze website toestemming vragen bij de vervoersdesk voor:

- Ziekenvervoer voor nierdialyses en oncologische behandelingen
- Ziekenvervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindersorghuis bij intensieve kindzorg
- Vergoeding van logeerkosten.

Extra informatie

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 39. Zorgadvies en bemiddeling

U heeft 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. Deze afdeling 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. Onze zorgadviseurs 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, kunnen wij u toestemming geven om voor deze zorg gebruik te maken van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten. U heeft hiervoor onze voorafgaande schriftelijke toestemming nodig. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal het notabedrag.

III. Begripsomschrijvingen

Acute zorg: zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Acute zorg wordt ook wel spoedzorg genoemd. Als het zorg betreft die in het buitenland wordt verleend dan betreft acute zorg ook zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd.

Audiologisch centrum: instelling voor gehoor- en taaldiagnostiek en behandeling en advies voor hoorhulpmiddelen.

Beëdigd vertaler: dit is een vertaler die bevoegd is om gewaarmerkte vertalingen te maken. Dit is nodig bij de vertaling van officiële documenten zoals medische verklaringen en documenten van de burgerlijke stand. Beëdigde vertalers staan in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), www.bureauwbvtv.nl.

CAK: Centraal Administratie Kantoor.

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 deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose-behandelcombinatie (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. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen.

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 heeft 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 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), Tsjechië 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: instelling waar u kunt bevallen onder verantwoordelijkheid van een verloskundige. Vaak kunt u in een geboortecentrum ook kraamzorg ontvangen. Een geboortecentrum is in een ziekenhuis. Of dicht bij een ziekenhuis. Het ziekenhuis is bereikbaar via een overdekte toegang (een 'droge' verbinding).

Gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR): het GGR geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is. Deze maat wordt bepaald door de Body Mass Index (BMI) in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren voor een bepaalde aandoening of van bestaande aandoeningen.

Gewoon ZEKUR Zorg Basis: een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de Gewoon ZEKUR Zorg Basis aangeduid met 'de zorgverzekering'.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instelling: instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening.

Instelling:

1. Een instelling in de zin van de Wet toetreding zorgaanbieders;
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.

KNMG: de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) is een federatie van beroepsverenigingen van artsen en de vereniging De Geneeskundestudent en behartigt de belangen van artsen in Nederland.

NZa: Nederlandse zorgautoriteit.

Polis: de zorgpolis zoals omschreven in artikel 1 lid 1 onder i van de Zorgverzekeringswet, namelijk de akte waarin de tussen verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd. De (zorg)polis bestaat uit een polisblad en deze verzekeringsvoorwaarden.

Setting GGZ: onder setting wordt verstaan de levering van zorg in een context die van een andere setting is te onderscheiden door benodigde infrastructuur en inzet van verschillende disciplines.

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.

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, Noord-Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië, Turkije en de landen van het Verenigd Koninkrijk (Engeland, Noord-Ierland, Schotland en Wales).

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 Basis/verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst van de zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet.

Wlz: Wet Langdurige Zorg.

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

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg. Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg: zorg en/of overige diensten.

Zorgaanbieder: de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent zoals omschreven in artikel 1, aanhef en sub c, onderdeel 1 van de Wmg. Onder zorgaanbieder worden ook verstaan alle behandelaren die voor de levering van de zorg worden ingeschakeld voor rekening en risico van de zorgaanbieder.

Zorgartikel: artikel dat betrekking heeft op bepaalde zorg. Zie hoofdstuk II, Zorgartikelen.

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

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet waarvan deze voorwaarden een integraal en onlosmakelijk deel uitmaken.

Verzekeringsvoorwaarden

GEWOON ZEKUR ZORG PLUS 2026

Welkom bij ZEKUR

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor jouw zorgverzekering bij ZEKUR. Hierin lees je alles over jouw zorgverzekering.

Onze website

Wil je meer weten over je zorgverzekering? Op [ZEKUR.nl](https://zekur.nl) vind je veel informatie. Bijvoorbeeld over hoe je de kosten voor zorg terugvraagt. Of hoe je toestemming aanvraagt.

Online je zorgverzekering regelen

Alles voor je zorgverzekering regel je makkelijk online.

Wil je contact opnemen met ons? Kijk dan op [ZEKUR.nl/contact](https://zekur.nl/contact) voor de contactmogelijkheden.

Mijn ZEKUR Zorg en de ZEKUR Zorg App

Via Mijn ZEKUR Zorg en de ZEKUR Zorg App en de [ZEKUR Zorg app](#) kan je jouw declaraties inzien, je nota's betalen en je verzekering wijzigen.

ZEKUR Zorgvinder

Wil je opzoeken met welke zorgaanbieders wij een contract hebben? Kijk dan op [ZEKUR.nl/zorgvinder](https://zekur.nl/zorgvinder).

Vergoedingen

In deze voorwaarden lees je wat verzekerd is en wanneer je een vergoeding krijgt.

Op [ZEKUR.nl/zorgverzekering/vergoedingen](https://zekur.nl/zorgverzekering/vergoedingen) lees je welke vergoeding je krijgt.

Hulp bij betalen

Op [Alles over het betalen van je zorgverzekering](#) vind je informatie over het betalen van je zorgpremie en je zorgkosten. En wat je kan doen als je hulp nodig hebt bij betalen.

In geval van nood

Bel altijd de ZEKUR Zorg Alarmcentrale als je in het buitenland medische zorg nodig hebt. Onze alarmcentrale is 24/7 bereikbaar en wordt uitgevoerd door de ANWB.

ZEKUR Zorg Alarmcentrale +31 40 297 57 60

Inhoud

I. Algemeen gedeelte	5
Artikel 1. Verzekerde zorg	5
Artikel 2. Algemene bepalingen	10
Artikel 3. Premie	12
Artikel 4. Overige verplichtingen	13
Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	14
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering	14
Artikel 7. Verplicht eigen risico	17
Artikel 8. Vrijwillig eigen risico	18
Artikel 9. Buitenland	19
Artikel 10. Klachten en geschillen	20
 II. Zorgartikelen	 21
Geneeskundige zorg	
Artikel 11. Huisartsenzorg (restitutie)	21
Artikel 12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (restitutie)	23
Artikel 13. Zorg vanwege overgewicht en obesitas (restitutie)	24
13.1. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden tot 18 jaar met overgewicht en obesitas	24
13.2. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden vanaf 16 jaar/volwassenen	25
Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging) (natura)	26
Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg (restitutie)	27
15.1. Verloskundige zorg	27
15.2. Kraamzorg	28
Artikel 16. Medisch specialistische zorg (restitutie)	30
Artikel 17. Revalidatie (restitutie)	32
17.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie	32
17.2. Geriatrische revalidatie	33
Artikel 18. Erfelijkheidsonderzoek (restitutie)	33
Artikel 19. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige vruchtbaarheidsgelateerde zorg (restitutie)	34
19.1. In-vitrofertilisatie (IVF)	34
19.2. Overige vruchtbaarheidsgelateerde zorg	35
Artikel 20. Audiologische zorg (restitutie)	35
Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie (restitutie)	36
Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen (restitutie)	37

Artikel 23.	Zintuiglijk gehandicaptenzorg (restitutie)	38
Artikel 24.	Stoppen-met-rokenprogramma (restitutie)	39
Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)		
Artikel 25.	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder (natura)	39
Paramedische zorg		
Artikel 26.	Fysiotherapie en Oefentherapie (restitutie)	43
Artikel 27.	Logopedie (restitutie)	45
Artikel 28.	Ergotherapie (restitutie)	46
Artikel 29.	Diëtetiek (restitutie)	47
Mondzorg		
Artikel 30.	Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar (restitutie)	48
Artikel 31.	Bijzondere tandheelkunde (restitutie)	49
31.1.	Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	49
31.2.	Tandheelkundige implantaten	50
Artikel 32.	Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder (restitutie)	52
Artikel 33.	Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder (restitutie)	52
Farmaceutische zorg		
Artikel 34.	Geneesmiddelen (restitutie)	53
Artikel 35.	Dieetpreparaten (restitutie)	57
Hulpmiddelenzorg		
Artikel 36.	Hulpmiddelen en verbandmiddelen (restitutie)	58
Verblijf in een instelling		
Artikel 37.	Verblijf (natura en restitutie)	61
Ziekenvervoer		
Artikel 38.	Ambulancevervoer en ziekenvervoer (restitutie)	63
Zorgbemiddeling		
Artikel 39.	Zorgadvies en bemiddeling	65
III. Begripsomschrijvingen		66

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Gewoon ZEKUR Zorg Plus is een combinatieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) of recht op zorg (natura) zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Voor restitutie heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Voor natura heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft 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, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg verzekerd op basis van natura

Voor Verpleging en verzorging (artikel [14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\) \(natura\)](#)) en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (artikel [25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(natura\)](#) en [37. Verblijf \(natura en restitutie\)](#)) maakt u gebruik van zorg in natura. Deze zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

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.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgvinder vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen.

Zorg verzekerd op basis van restitutie

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken. 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.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg verzekerd op basis van natura

Maakt u voor Verpleging en verzorging (artikel [14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\) \(natura\)](#)) en GGZ (artikel [25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(natura\)](#) en [37. Verblijf \(natura en restitutie\)](#)) gebruik van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 85% van de gemiddelde tarieven, zoals wij deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 85% van de Wmg-tarieven. Als het gedeclareerde bedrag lager is dan het gemiddeld gecontracteerd tarief of indien van toepassing het Wmg-tarief, dan vergoeden wij maximaal een percentage van het gedeclareerde bedrag.

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 uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Acute zorg

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

Hardheidsclausule

In de Zorgverzekeringswet staat dat iedereen recht heeft op een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Kiest u voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan krijgt u een vergoeding van maximaal 85% van het gemiddeld voor die zorg gecontracteerde tarief. De hoogte van deze vergoeding mogen wij als zorgverzekeraar zelf bepalen. Maar hierbij mag de bijdrage die u zelf moet betalen niet verhinderen dat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat (hinderpaalcriterium). Vindt u dat de hoogte van deze bijdrage u verhindert om zorg te krijgen? Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule. U kunt hiervoor terecht bij onze afdeling Klachtenmanagement. Geef aan waarom u in uw situatie een beroep doet op de hardheidsclausule. Of uw beroep wordt toegekend is afhankelijk van onder andere de hoogte van de kosten en de soort zorg.

Zorg verzekerd op basis van restitutie

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

Hulpmiddelen in bruikleen

Kijk voor meer informatie over de vergoeding van hulpmiddelen in bruikleen in artikel

[36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen \(restitutie\)](#).

Cessieverbod

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel

[14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\) \(natura\)](#)), GGZ (artikel

[25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(natura\)](#) en

[37. Verblijf \(natura en restitutie\)](#)), Farmaceutische zorg (artikel [34. Geneesmiddelen \(restitutie\)](#)) en

Hulpmiddelenzorg (artikel [36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen \(restitutie\)](#)) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de [Mijn ZEKUR Zorg](#) of via de [ZEKUR Zorg app](#). U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. Stuur de originele nota naar Postbus 25030, 5600 RS Eindhoven. Soms vragen wij u een declaratieformulier in te vullen en mee te sturen. Kijk voor meer informatie op onze website. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Wij vergoeden alleen nota's die wij binnen 3 jaar hebben ontvangen. Deze 3 jaar gaan in op de eerste dag na de dag dat u weet van de opeisbaarheid van de vordering.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- De datum waarop de nota door de zorgaanbieder is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen)
- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. 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 en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, heeft u bij zorg in natura recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. U heeft hiervoor onze schriftelijke voorafgaande toestemming nodig. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal het notabedrag.

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.

Voor zorg op basis van restitutie heeft u op verzoek recht op zorgbemiddeling.

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 en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten 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.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft 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 heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg 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 vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen. Voor bepaalde zorg kan de zorgaanbieder namens u toestemming aanvragen. Kijk voor meer informatie op onze website. Voor het verlenen van toestemming gaan wij na of uw zorgaanbieder van onberispelijk gedrag is. Als uw zorgaanbieder niet van onberispelijk gedrag is, kan dat gevolgen hebben voor uw machtigingsaanvraag.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

1.10. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van de kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw 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 datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.11. Uitsluitingen

U heeft 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 die, of eigen risico dat u verschuldigd bent 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 (de zogenoemde 'no show fee')
- Vergoeding van 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 muiterij 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

Heeft 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 (kalender)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, dan heeft 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 heeft 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 en inhoud van de zorgverzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven. Na het sluiten van de zorgverzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de polis. Op het polisblad zijn de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

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

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:

- Besluit Zorgverzekering
- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Clausuleblad terrorismedekking
- Generiek kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg met bijbehorende modules
- Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP), of een regeling die in plaats komt van het LIP
- Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ
- Lijst consult registrerende beroepen
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders
- Lijst Therapieën GGZ
- Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg
- Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders
- Premiebijlage
- Regeling zorgverzekering
- Reglement farmaceutische zorg
- Reglement hulpmiddelen
- Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard
- Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen.

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

2.4. Fraude

Als wij vermoeden dat er sprake is van fraude, zullen wij een onderzoek (laten) instellen. U bent verplicht om aan dit onderzoek mee te werken en ons relevante en juiste informatie te geven. Tijdens dit onderzoek betalen wij uw nota(s) niet uit. Blijkt uit het onderzoek dat u of iemand anders namens u (geheel of gedeeltelijke) fraude heeft gepleegd? Dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Daarnaast vorderen wij uitgekeerde vergoedingen bij u terug. Ook bent u verplicht de kosten die voortvloeien uit het fraudeonderzoek te betalen.

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplechtigen (laten) registreren:

- In ons Incidentenregister
- In het Extern Verwijzings Register (EVR) van de stichting CIS.

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

Fraude door zorgaanbieders

Zorgaanbieders die fraude plegen, laten wij registreren in het Extern Verwijzings Register (EVR). Wij vergoeden geen zorg van zorgaanbieders die in dit register staan en informeren deze zorgaanbieders hierover. De zorgaanbieder is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij hun zorg niet vergoeden.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming.

Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de [Mijn ZEKUR Zorg](#) of in de [ZEKUR Zorg app](#).

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering 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 heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. 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 in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing. De verzekeringsvoorwaarden zijn gemaakt in de Nederlandse taal. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling, dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. De premiegrondslag vindt u op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

Premiekorting bij vrijwillig eigen risico

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u een korting op de premie. U vindt deze korting op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

3.2. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. 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.

Aan welke eisen moet het rekeningnummer voldoen?

De tenaamstelling van het rekeningnummer moet overeenkomen met de naam van de verzekeringnemer. Ook moet het een rekeningnummer zijn van een land dat deelneemt aan de Single Euro Payments Area (SEPA).

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

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.
- 3.3.2. Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,40 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel [3.3.4.](#)).
 - b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw [Mijn ZEKUR Zorg](#) gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDEAL.
 - c. Uw werkgever houdt de premie en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
 - d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.
- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 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.

3.4. Verrekening

U 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 de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering 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.
- 3.5.2. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.3. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.4. Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.5.5. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer:
- Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om deze 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.
 - Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
 - Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u aan bij het CAK voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die u normaal gesproken aan ons zou moeten betalen. Het eventuele vrijwillig eigen risico vervalt per datum aanmelding bij het CAK.
- Heeft u anderen op uw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan u over de premieachterstand.
- U vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.
- 3.5.6. U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- 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;
- 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;
- De zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- 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 rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan 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 7 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld. Een wijziging in de voorwaarden treedt niet eerder in werking dan 1 maand 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, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft 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 14a 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. Bent u verzekeringsplichtig, maar heeft u nog geen burgerservicenummer (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 heeft op de dag zoals bedoeld in artikel [6.1.1.](#) of [6.1.2.](#), dan 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, dan 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, dan 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, dan 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 wijzigen of opzeggen?

6.3.1. Wijzigen

Wilt u uw basisverzekering wijzigen in onze andere basisverzekering? Dan moet u dit uiterlijk 31 januari aan ons doorgeven. Uw nieuwe verzekering gaat dan (met terugwerkende kracht) vanaf 1 januari in.

6.3.2. Jaarlijks opzeggen

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 heeft dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.3. Tussentijds opzeggen

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, dan gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, dan gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- Binnen 6 weken nadat u een mededeling als bedoeld in artikel 78c, tweede lid, of artikel 92, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg over ons heeft ontvangen. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u heeft opgezegd;
- Bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel [5.2. Opzeggingsrecht](#);
- 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 dan 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.

Opzegging bij 18e verjaardag

Als uw kind 18 jaar wordt, dan kunt u de verzekering van uw kind tussentijds opzeggen. Dit kan alleen als uw kind zelf een zorgverzekering heeft gesloten.

6.3.4. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel [6.3.2.](#) en [6.3.3.](#) 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.

6.3.5. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, dan 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 [3.5. Niet-tijdig betalen](#);
- Als er sprake is van fraude (zie artikel [2.4. Fraude](#));
- Als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- Als u heeft 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;
- Als u ongewenst gedrag vertoont tegen ons, onze medewerkers of zorgaanbieders of onze eigendommen beschadigt. Ongewenst gedrag is bijvoorbeeld agressie, het uiten van bedreigingen, het gebruik van geweld of intimidatie of mogelijke andere gedragingen. Wij bepalen wanneer er sprake is van ongewenst gedrag. Wij kunnen hiervan aangifte doen bij de politie en u (laten) registreren in ons Incidentenregister en het Extern Verwijzings Register (EVR). Wij nemen bij opzegging een opzegtermijn van 2 maanden in acht. Als wij uw zorgverzekering hebben beëindigd, kunt u 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

6.5. Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, dan 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, dan wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het CAK 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 CAK binnen 2 weken aantoont dat u al een zorgverzekering heeft gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- b. Wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig 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. Wanneer kunt u uw verzekering wijzigen of opzeggen?](#).

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel [7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico](#).

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. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht. Zie artikel [11. Huisartsenzorg \(restitutie\)](#);
- Het meedenkadvies en meekijkconsult. Het advies van of het consult met een zorgaanbieder (zoals een medisch specialist) als de huisarts dit heeft gevraagd om u een passende diagnose, behandeling of verwijzing te kunnen bieden zoals omschreven in artikel [11. Huisartsenzorg \(restitutie\)](#) en artikel [16. Medisch specialistische zorg \(restitutie\)](#);
- Zorg vanwege overgewicht en obesitas zoals omschreven in artikel [13. Zorg vanwege overgewicht en obesitas \(restitutie\)](#);
- Verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel [14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\) \(natura\)](#);
- Verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Het eigen risico geldt wel voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten zoals geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer. Zie artikel [15.1. Verloskundige zorg](#) en artikel [16. Medisch specialistische zorg \(restitutie\)](#);
- Plaatsen en verwijderen van een spiraaltje door een huisarts of verloskundige. Het eigen risico geldt wel voor het spiraaltje. Zie artikel [34. Geneesmiddelen \(restitutie\)](#) en het Reglement hulpmiddelen voor de vergoeding van het spiraaltje;
- Kraamzorg. Zie artikel [15.2. Kraamzorg](#);
- Het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel [24. Stoppen-met-rokenprogramma \(restitutie\)](#);
- De door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen 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. Zie artikel [34. Geneesmiddelen \(restitutie\)](#);
- De als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel [35. Dieetpreparaten \(restitutie\)](#);
- Oefentherapie bij artrose aan een heup- of kniegewricht onder toezicht van een gecontracteerd fysiotherapeut of gecontracteerd oefentherapeut zoals omschreven in artikel [26. Fysiotherapie en Oefentherapie \(restitutie\)](#);
- Hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel [36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen \(restitutie\)](#);
- Zorg die verband houdt met een donatie bij leven, nadat de periode zoals genoemd in artikel [22. Transplantatie van weefsels en organen \(restitutie\)](#) onder d is verstreken;
- Vervoer van een donor zoals genoemd in artikel [22. Transplantatie van weefsels en organen \(restitutie\)](#) onder e en f, als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
- De kosten voor afstemming ten behoeve van samenwerking van een zorgaanbieder met andere partijen voor een bepaalde groep verzekerden. De afstemming moet verband houden met zorg die valt onder de zorgverzekering. De zorgaanbieder mag de kosten alleen in rekening brengen als wij hiervoor een contract hebben met de zorgaanbieder;
- Het verkennend gesprek, zie artikel [25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(natura\)](#);
- 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.

7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

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

- We delen het eigen risico door het aantal dagen van het kalenderjaar.
- We vermenigvuldigen de uitkomst onder a. met het aantal dagen dat de verzekering loopt.
- Het berekende bedrag ronden wij af 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: € 385 keer 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32.

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 een diagnose-behandelcombinatie), 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, dan 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. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?](#)

8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

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

- We delen het eigen risico door het aantal dagen van het kalenderjaar.
- We vermenigvuldigen de uitkomst onder a. met het aantal dagen dat de verzekering loopt.
- Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Voorbeeld

U heeft 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 telt 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 keer 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 385 keer 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 40 (€ 32 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

- c. 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 de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan 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. Berekening verplicht eigen risico.](#)

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, dan heeft 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 het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor 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. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

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, dan 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 het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) 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. Toestemming en/of verwijzing

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, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 39) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt? Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft 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, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale uitgevoerd door de ANWB. Het telefoonnummer vindt u in de [ZEKUR Zorg app](#), op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 10. Klachten en geschillen

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

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. Kijk voor meer informatie over het indienen van een klacht op onze website.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- 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.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan 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 in Nederland.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor een klacht indienen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

II. Zorgartikelen

Uw verzekering is een combinatieverzekering. Op grond van deze verzekering heeft u recht op zorg in natura voor Verpleging en verzorging (artikel [14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\) \(natura\)](#)) en Geestelijke gezondheidszorg (artikel [25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(natura\)](#) en [37. Verblijf \(natura en restitutie\)](#)). Voor de overige zorg heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg. In de artikelen 11 tot en met 39 leest u op welke (vergoeding van de kosten van) zorg u recht heeft.

GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 11. Huisartsenzorg (restitutie)

- 11.1. Huisartsenzorg is geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en het hierbij behorend onderzoek en de diagnostiek. Onder huisartsenzorg wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken en preconceptiezorg (kinderwensconsult). Ook voetzorg zoals omschreven in de NZa-beleidsregel overige geneeskundige zorg valt onder huisartsenzorg.

Begeleiding bij het stoppen met roken

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).

Informatie over het stoppen-met-rokenprogramma vindt u in artikel [24. Stoppen-met-rokenprogramma \(restitutie\)](#).

Preconceptiezorg

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.

- 11.2. Medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein.

Voorbeelden van deze zorg zijn:

- (Kleine) chirurgische verrichtingen
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje)
- Longfunctiemeting (spirometrie)
- Diagnostiek met behulp van Doppler (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders)
- MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus)
- Audiometrie (onderzoek van het gehoor)
- IUD (spiraaltje) aanbrengen of verwijderen, implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje. Bent u 21 jaar of ouder? Dan heeft u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel, behalve bij de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Zie artikel [34. Geneesmiddelen \(restitutie\)](#)
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis)

- Therapeutische injectie (Cyriax).

11.3.1. Multidisciplinaire zorg (ketenzorg) in verband met:

- Diabetes mellitus type 2 (DM type 2)
- Chronisch obstructieve longziekte (COPD; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem)
- Hart- en vaatziekten (HVZ; zorg als u patiënt bent met hart- of vaatziekten).

11.3.2. Gecontracteerde multidisciplinaire zorg (ketenzorg) in verband met:

- Verhoogd vasculair risicomanagement (VVR; zorg als u een verhoogd risico heeft op hart- of vaatziekten)
- Astma als u 16 jaar of ouder bent
- Programmatische zorg aan kwetsbare ouderen.

Deze zorg mag uw zorggroep alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft.

Multidisciplinaire zorg (ketenzorg)

Multidisciplinaire zorg is speciaal ontwikkeld om de zorg voor mensen met een chronische aandoening kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren in een regio. De zorgaanbieders werken nauw met elkaar samen, vaak in een zorggroep, zodat de zorg die u nodig heeft beter op elkaar is afgestemd. De zorg is gebaseerd op een zorgstandaard. Dit is een door de zorgaanbieders afgesproken omschrijving van welke zorg een verzekerde moet ontvangen bij een bepaalde aandoening. Deze standaard vormt het uitgangspunt voor welke zorg de verzekerde ontvangt en wie deze zorg geeft. Als er geen zorgstandaard beschreven is, vindt zorgverlening plaats op basis van de professionele normen van de betrokken beroepsgroepen.

Zorggroep

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Heeft uw huisarts een meedenkadvies of meekijkconsult gevraagd aan een zorgaanbieder (zoals een medisch specialist) om u een passende diagnose, behandeling of verwijzing te kunnen bieden? Dan geldt voor deze zorg geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Voor huisartsenzorg (artikel [11.1.](#) en [11.2.](#)) en multidisciplinaire zorg (artikel [11.3.1.](#)):

Bij een huisarts, zorggroep of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, nurse practitioner (NP), physician assistant (PA) of praktijkondersteuner huisarts (POH) (GGZ). Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige. Uw verloskundige kan u hierover informeren.

2. Voor voetzorg zoals vermeld in artikel [11.1.](#) bij:

- Een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici
- Een medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert
- Een pedicure met aantekening 'Diabetes voet'
- Een pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo
- Een pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMOV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

De podotherapeut stelt het behandelplan op en bepaalt welk deel van de behandeling een (medisch) pedicure mag verlenen. De samenwerkingsverbanden tussen podotherapeuten en pedicures vindt u op onze website.

3. Voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg (artikel [11.3.2.](#)):

Bij een door ons gecontracteerde zorggroep.

U kunt bij de huisartsenpraktijk informeren naar de mogelijkheden voor multidisciplinaire zorg. Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven in artikel [11.3.2.](#) naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan heeft u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (artikel [11.1.](#) en [11.2.](#)) en diëtetiek (artikel [29. Diëtetiek \(restitutie\)](#)).

Artikel 12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (restitutie)

- 12.1. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen is geneeskundige zorg zoals huisartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden. Dit is generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare ouderen, mensen met chronische progressieve degeneratieve aandoeningen, niet aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.

- 12.2. Deze zorg omvat ook:

- a. Dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten gericht op het leren omgaan met en het compenseren van beperkingen teneinde de patiënt zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. U kunt hierbij denken aan ouderen met multiproblematiek, mensen met Parkinson, Korsakov, Multiple Sclerose (MS) of met een verstandelijke beperking
- b. Dagbehandeling in een groep aan mensen met een lichamelijk handicap of niet-aangeboren hersenletsel
- c. Dagbehandeling in een groep aan mensen met de ziekte van Huntington
- d. Zorg aan mensen met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking

De regiebehandelaar stelt uw behandelplan op en stuurt het multidisciplinaire team aan. In het behandelplan wordt de zorg en het aantal dagdelen zorg in een groep vastgelegd.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Voor zorg zoals vermeld in artikel 12.1.: bij een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog), orthopedagoog-generalist of klinisch (neuro)psycholoog.
2. Voor zorg zoals vermeld in artikel 12.2.: bij een multidisciplinair team onder leiding van een regiebehandelaar. De regiebehandelaar is een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten. Regiebehandelaar voor een landelijk erkend multidisciplinair zorgprogramma mogen ook zijn een GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist of klinisch (neuro)psycholoog.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist. Verwijzing voor zorg zoals vermeld in artikel 12.2. mag ook plaatsvinden door een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:

- Dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten zoals vermeld in artikel 12.2a.
- Dagbehandeling in een groep aan mensen met een lichamelijk handicap of niet-aangeboren hersenletsel zoals vermeld in artikel 12.2b.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Artikel 13. Zorg vanwege overgewicht en obesitas (restitutie)

13.1. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden tot 18 jaar met overgewicht en obesitas

De ketenaanpak zorg en ondersteuning vanwege overgewicht en obesitas is er voor verzekerden tot 18 jaar met een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. De ketenaanpak omvat in ieder geval begeleiding en coördinatie door een centrale zorgverlener.

Een centrale zorgverlener:

- stelt een brede anamnese op
- stelt een plan van aanpak op met kind en gezin en zorgt voor de samenhang in de aanpak, maar behandelt zelf niet
- coördineert de juiste ondersteuning en zorg op het juiste moment door de juiste professional voor het kind en het gezin
- zet in op het versterken van het zelfmanagement van het kind en het gezin, zodat zij steeds meer zelfstandig in staat zijn om een duurzame gedragsverandering te realiseren.

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor verzekerden tot 18 jaar maakt onderdeel uit van de ketenaanpak.

Een GLI is een erkend zorgprogramma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. Eventueel kunnen psychologische interventies op maat ter ondersteuning van de gedragsverandering onderdeel zijn van het zorgprogramma.

De ketenaanpak kan in zijn geheel maximaal 3,5 jaar duren. De 3,5 jaar is inclusief een mogelijke tussenperiode van 6 maanden waarin activiteiten in het sociale of publieke domein plaatsvinden. De tussenperiode kan in overleg met ons worden verlengd als dit een wezenlijke bijdrage kan leveren aan het bereiken van het doel van het zorgplan.

Een GLI duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Dit is niet verzekerd

Maakt een GLI geen onderdeel uit van het plan van aanpak? Dan komen de kosten voor de coördinatie door een centrale zorgverlener niet ten laste van de zorgverzekering.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Voor de begeleiding en coördinatie door een centrale zorgverlener: bij een hbo-jeugdverpleegkundige werkzaam bij de Jeugdgezondheidszorg
2. Voor een erkende gecombineerde leefstijlinterventie: bij een erkende kinderleefstijlcoach. Op onze website vindt u de erkende gecombineerde leefstijlinterventies en kinderleefstijlcoaches.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, kinderarts, jeugdarts of hbo-jeugdverpleegkundige.

13.2. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden vanaf 16 jaar/volwassenen

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. Eventueel kunnen psychologische interventies op maat ter ondersteuning van de gedragsverandering onderdeel zijn van het zorgprogramma. Bent u 18 jaar of ouder? Dan kunt u voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. Bent u 16 jaar of 17 jaar? Dan komt u in aanmerking voor een GLI als u een matig verhoogd GGR heeft en uw huisarts inschat dat u baat kunt hebben bij een GLI voor volwassenen. Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is in ingeschreven in het KABIZ-register (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) en is aangesloten bij de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging) (natura)

Verpleging en verzorging is zorg zoals verpleegkundigen die 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. Deze zorg omvat naast verpleegkundige handelingen en verzorging ook coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntsysteem en casemanagement. Onder deze zorg valt ook zorg zoals een verpleegkundige pleegt te bieden als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen). Ook medische kindzorg thuis, in een verpleegkundig kinderdagverblijf en verpleegkundig kindzorghuis valt onder verpleging en verzorging. Medische kindzorg wordt ook wel intensieve kindzorg genoemd.

U heeft voor verpleging en/of verzorging een indicatie nodig en er moet een zorgplan zijn opgesteld. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Let op

Steeds meer medisch-specialistische behandelingen vinden plaats in de thuissituatie. De bijbehorende verpleging en verzorging vergoeden wij niet als wij deze betalen als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U heeft 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.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Indicatie nodig van

- Een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging en Verzorging Nederland.
- Een kinderverpleegkundige voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Dit is een hbo-verpleegkundige met kinderaantekening of verpleegkundig specialist met kinderaantekening. De kinderverpleegkundige stelt de indicatie op basis van de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) en werkt volgens het landelijke Medische Kindzorg Samenwerking (MKS).

Hier kunt u terecht

1. Bij een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist die de indicatie stelt, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).
2. Bij een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist. De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De indicatiesteller blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De samenwerking is schriftelijk vastgelegd en wij ontvangen hiervan een kopie.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de zorg. Voor de indicatie heeft u geen voorafgaande toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg (restitutie)

15.1. Verloskundige zorg

Verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, is zorg zoals verloskundigen die 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 heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel [11. Huisartsenzorg \(restitutie\)](#) is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- De niet-invasieve prenatale test (NIPT) als u een medische indicatie heeft.
- Invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking (zoals het syndroom van Down) of een medische indicatie heeft voor invasieve diagnostiek.

Eigen risico

Voor verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten zoals geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer. Voor het plaatsen en verwijderen van een spiraaltje door de verloskundige geldt geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor het spiraaltje. Zie artikel [34. Geneesmiddelen \(restitutie\)](#) en het Reglement hulpmiddelen voor de vergoeding van het spiraaltje. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

- Bij een verloskundige. Voor een echo kunt u terecht bij een zorgaanbieder die is geregistreerd in het daarvoor bestemde deelregister van het kwaliteitsregister van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland. Voor de diagnose echo placentacontrole moet de zorgaanbieder een samenwerkingsovereenkomst met het Regionale Centrum Prenatale Screening hebben.
- Bij een huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde.
- Voor de NIPT kunt u terecht bij een bloedafnamelocatie voor NIPT. Het bloedonderzoek wordt uitgevoerd door een universitair centrum. Voor invasieve diagnostiek kunt u terecht in een centrum voor prenatale diagnostiek.
- Integrale geboortezorg mag alleen worden geleverd door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO).

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Integrale geboortezorg heeft als doel om de samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders makkelijker te maken en de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind te verbeteren. Integrale geboortezorg mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft. Een overzicht van de door ons gecontracteerde IGO's vindt u op onze website. U mag tijdens de zwangerschap, geboorte en nazorg veranderen van zorgaanbieder.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

15.2. Kraamzorg

Kraamzorg omvat zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende maximaal 6 weken te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Kraamzorg kunt u ontvangen in:

- uw thuissituatie
- een kraamcentrum
- een geboortecentrum
- een ziekenhuis.

Het aantal kraamzorguren indiceert de kraamzorgorganisatie aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP). Of aan de hand van een regeling die in de plaats komt van het LIP. U vindt het protocol of de regeling op onze website. Na de bevalling en gedurende de kraamperiode bepaalt de kraamzorgorganisatie samen met u en de verloskundige hoeveel uren kraamzorg u krijgt. U krijgt minimaal 24 uur kraamzorg. Voor iedere dag waarop u al kraamzorg ontving in het ziekenhuis wordt het gemiddelde aantal uren kraamzorg per dag in mindering gebracht op het aantal te ontvangen kraamzorguren.

Digitale kraamzorg

U krijgt minimaal 24 uur fysieke kraamzorg. De kraamzorgorganisatie kan de fysieke zorg aanvullen met digitale kraamzorg voor voorlichting en/of instructie. Ook een digitaal consult met een kraamverzorgende kan onderdeel uitmaken van de digitale 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.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 5,70 per uur voor kraamzorg thuis, in een geboortecentrum of een kraamcentrum.
- € 22,50 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een 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 geboortecentrum of het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 161,50 per dag voor zowel moeder als kind. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 278 per dag (zie berekening in de tabel hierna).
- Voor digitale kraamzorg geldt geen eigen bijdrage.
- Eventuele verblijfskosten en overige bijkomende kosten betaalt u zelf.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

Bij een gediplomeerde kraamverzorgende die is geregistreerd bij het Kenniscentrum Kraamzorg of verpleegkundige. Kraamzorg als onderdeel van integrale geboortezorg mag worden geleverd door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO). Meer informatie over integrale geboortezorg vindt u in artikel [15.1. Verloskundige zorg](#).

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Extra informatie

Maakt u gebruik van een niet-gecontracteerde kraamverzorgende of verpleegkundige? Stuur u dan bij de nota voor kraamzorg een kopie mee van de indicatiestelling volgens het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP). U kunt een kopie opvragen bij uw kraamzorgorganisatie en/of bij de zelfstandig werkende kraamverzorgende of verpleegkundige.

Eigen bijdrage en maximale vergoeding

Bevalling en kraamzorg thuis	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Bevalling thuis	Er geldt geen eigen bijdrage.
Kraamzorg thuis	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,70 per uur.
Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum	Er geldt geen eigen bijdrage.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,70 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Er geldt geen eigen bijdrage.
Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevallingskamer van een geboortecentrum	De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 278 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend:
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	Maximale vergoeding is $2 \times € 161,50 = € 323$ per dag Af: eigen bijdrage is $2 \times € 22,50 = € 45$ per dag Totaal: $€ 323 - € 45 = € 278$ per dag
	Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 278 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	De eigen bijdrage is € 572,98 voor moeder en kind samen. Hierbij is al rekening gehouden met de maximale vergoeding van € 278 per dag.

Kraamzorg in een kraamcentrum	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Kraamzorg in een kraamcentrum	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,70 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.

Artikel 16. Medisch specialistische zorg (restitutie)

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft 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 heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Een meedenkadvis kan deel uitmaken van deze zorg op verzoek van de huisarts. De huisarts vraagt een medisch specialist om advies. Bijvoorbeeld om een verwijzing naar medisch specialistische zorg te voorkomen. Bij een meedenkadvis heeft alleen de huisarts contact met de medisch specialist.
- Een meekijkconsult kan deel uitmaken van deze zorg op verzoek van de huisarts. Het meekijkconsult moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met de huisarts. U keert na het consult terug naar uw huisarts. Uw huisarts houdt de regie over de behandeling. Als uit het meekijkconsult volgt dat u recht heeft op MSZ, dan heeft u hiervoor een verwijsbrief nodig.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Voor zover u deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering omvat medisch specialistische zorg ook:

- a. Van 1 juli 2021 tot 1 april 2027, blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies;
- b. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2029, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
- c. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn.

Als het onderzoek is voltooid, heeft u aanspraak op deze zorg zoals omschreven in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering. Dit geldt niet als het onderzoek voortijdig is stopgezet.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd

- 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. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgelateerde 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 heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico wel. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht meetellen voor het eigen risico.

Voor het meedenkadvies en meekijkconsult geldt het eigen risico niet.

Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

- Oogheelkunde: Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
- KNO: Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
- Chirurgie: Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
- Dermatologie Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
- Gynaecologie: Vulvaire en vaginale afwijkingen
- Plastische chirurgie: Zie artikel [21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie \(restitutie\)](#).

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 heeft gevraagd.

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 17. Revalidatie (restitutie)

17.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie

Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (Interdisciplinaire MSR) is zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Deze zorg is gericht op het behandelen van mensen die door bepaalde ziekten of aandoeningen ernstige problemen ervaren bij hun dagelijkse activiteiten en daardoor moeilijk meekomen in de maatschappij. Bij interdisciplinaire MSR werkt een revalidatiearts samen met een revalidatieteam van gespecialiseerde zorgverleners uit verschillende vakgebieden. Het doel van interdisciplinaire MSR is dat de patiënt zichzelf goed kan redden, zelf controle kan nemen en beter kan deelnemen aan de maatschappij.

Op indicatie van een revalidatiearts kunt u recht hebben onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, psychologische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard als bij u sprake is van:

- Een aangeboren of verworven aandoening van het bewegingsapparaat, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen.
- Een aangeboren of verworven neurologische aandoening, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. U heeft ook recht op medisch specialistische revalidatie zonder dat er sprake is van problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen als u niet-aangeboren hersenletsel heeft en dit leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.
- Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Het moet gaan om een klacht, stoornis of aandoening die volgens het Zorginstituut Nederland voldoet aan deze omschrijving.

U heeft alleen recht op deze zorg als deze het meest doeltreffend is om de problemen te voorkomen, verminderen of overwinnen en u met deze zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van gespecialiseerde zorgverleners onder leiding van een revalidatiearts verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

17.2. Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten). Het doel is herstel of verbetering van uw functioneren en uw deelname aan de maatschappij.

GRZ is alleen verzekerd als hier geen verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg aan is voorafgegaan dat gepaard gaat met een behandeling in dezelfde instelling.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 18. Erfelijkheidsonderzoek (restitutie)

Erfelijkheidsonderzoek is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [16. Medisch specialistische zorg \(restitutie\)](#) en omvat 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, dan zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 19. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg (restitutie)

19.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

In-vitrofertilisatie (IVF) is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [16. Medisch specialistische zorg \(restitutie\)](#) en omvat 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 wordt de eerste en tweede IVF-poging alleen vergoed 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:

- a. Het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw
- b. De follikelpunctie
- c. De bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium
- d. 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 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, dan heeft u recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel

[19.2. Overige vruchtbaarheidsgerelateerde zorg.](#)

Wanneer heeft 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 onvruchtbaarheid. Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van 3 pogingen, als er sprake is van gezamenlijke onvruchtbaarheid.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Gynaecoloog of uroloog.

Extra informatie

Als er bij een IVF-behandeling, waaronder ook begrepen een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie), gebruik wordt gemaakt van eiceldonatie, zijn bovenstaande voorwaarden voor IVF ook van toepassing. U heeft 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. Kijk voor meer informatie op onze website.

19.2. Overige vruchtbaarheidsgelateerde zorg

Overige vruchtbaarheidsgelateerde zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [16. Medisch specialistische zorg \(restitutie\)](#) en omvat gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de vruchtbaarheid bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Vruchtbaarheidsgelateerde zorg wordt niet vergoed voor vrouwen van 43 jaar of ouder.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een gynaecoloog of uroloog.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 20. Audiologische zorg (restitutie)

Audiologische zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [16. Medisch specialistische zorg \(restitutie\)](#) en omvat 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 taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

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

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie (restitutie)

Plastische en/of reconstructieve chirurgie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel

[16. Medisch specialistische zorg \(restitutie\)](#) en omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. Correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. Correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. Correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. Correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. Correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht heeft op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

Dit is niet verzekerd

- a. Behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden, anders dan genoemd in punt 3 van dit artikel
- b. Liposuctie van de buik
- c. Het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Epilatie (ontharen) bij transgenderzorg mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf toestemming nodig voor behandelingen vermeld op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische zorg. U vindt deze lijst op onze website. U heeft geen toestemming nodig voor een primaire of secundaire borstreconstructie (een eerste hersteloperatie van de borst) na borstkanker of een risico op borstkanker. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen (restitutie)

Transplantatie van weefsels en organen is alleen geneeskundige zorg als bedoeld in artikel [16. Medisch specialistische zorg \(restitutie\)](#) 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 moet de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn en in dat land wonen.

De zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- Het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- 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;
- 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;
- Het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland wonende 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 gedeelde inkomsten vergoeden wij niet.

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor:

- Zorg die verband houdt met een donatie bij leven nadat de periode bedoeld onder d is verstreken.
- Vervoer van een donor zoals omschreven onder e en f als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten.

Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 23. Zintuiglijk gehandicaptenzorg (restitutie)

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is multidisciplinaire zorg in verband met een visuele, auditieve of 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.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een 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.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) 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 24. Stoppen-met-rokenprogramma (restitutie)

Het stoppen-met-rokenprogramma omvat geneeskundige zorg ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken. Ook geneesmiddelen kunnen deel uitmaken van deze zorg 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 3 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij zorgaanbieders die werken volgens de Zorgstandaard Tabaksverslaving.

De geneesmiddelen mogen worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Artikel 25. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder (natura)

GGZ is geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vindt u informatie over de behandelingen die hieraan voldoen in de Lijst Therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en welke therapieën niet voldoen en in welke situaties deze toegepast mogen worden.

Verkennd gesprek

Een verkennend gesprek kan deel uitmaken van deze zorg op verzoek van de huisarts. In een verkennend gesprek wordt samen met u gekeken wat uw hulpvraag is en welke ondersteuning of zorg u kan worden geboden. Vragen die daarbij spelen zijn of u ondersteuning vanuit de gemeente of andere maatschappelijke organisaties nodig heeft. Of GGZ. Of ondersteuning en GGZ. In dat laatste geval wordt ook gekeken wat de best passende zorg is: gelijktijdig of achtereenvolgens. Als uit het verkennend gesprek volgt dat u recht heeft op GGZ, dan heeft u hiervoor een verwijfsbrief nodig.

Dit is niet verzekerd

Zorg waarvoor geen of onvoldoende bewijs is dat deze effectief is, valt niet onder de basisverzekering. Om te bepalen of er sprake is van verzekerde zorg gaan wij onder andere uit van DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), zorgstandaarden, standpunten van het Zorginstituut Nederland, Zorgkompas Zorgverzekeringswet en de Lijst Therapieën GGZ.

Hierna volgt een opsomming met een aantal aandoeningen, behandelingen en interventies die niet onder de GGZ vallen. Deze lijst bevat voorbeelden en is niet uitputtend:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen (bijvoorbeeld bij echtscheiding of rouw)
- Hulp bij werk- en relatieproblemen
- Hulp bij slaapstoornissen, seksuele disfuncties
- Psychosociale hulp/zorg (bijvoorbeeld voor stress of burn-out)
- Zorg bij leerstoornissen
- Zelfhulp
- Het toeleiden naar zorg
- Universele en selectieve preventie. Dit is preventie gericht op de hele bevolking of delen daarvan of op groepen met een verhoogd risico op bepaalde aandoeningen. Geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie vallen wel onder de zorgverzekering. Als er geen stoornis is vastgesteld, valt deze preventie onder huisartsenzorg. En niet onder de GGZ. De zorg kan dan verleend worden door een huisarts of een praktijkondersteuner huisarts GGZ
- Dienstverlening
- Psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen
- Intelligentieonderzoek
- Neurofeedback
- Behandeling die primair gericht is op stoornissen die niet zijn opgenomen in de DSM-5 classificatie. De behandeling van bijvoorbeeld alleen obesitas of een seks- of eetverslaving is daardoor niet verzekerd
- Begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen
- Diagnostiek zonder de bedoeling dat een GGZ-behandeling plaatsvindt
- 5 of meer diagnostiekconsulten die leiden tot een niet verzekerde diagnose
- Resocialisatie zonder dat er een GGZ-behandeling plaatsvindt
- Klinische opnames voor verslavingszorg die niet direct opgevolgd worden door een aansluitende, ambulante vervolgbehandeling. De periode na ontslag geldt als een kwetsbare periode. Alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) kan een klinische behandeling (in het buitenland) als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk
- Opname op basis van een sociale indicatie (bijvoorbeeld bij het niet beschikken over huisvesting), tenzij er sprake is van Verblijf met rechtvaardigingsgrond.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor het verkennend gesprek. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder die een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat geregistreerd is via de website GGZ Kwaliteitsstatuut.

Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (LKS GGZ) beschrijft de minimale kwaliteitseisen waar een zorgaanbieder aan moet voldoen om de GGZ rond een verzekerde te organiseren. Het geeft een beschrijving van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgaanbieders in verschillende onderdelen van het zorgproces, zodat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals wordt geleverd. Alle zorgaanbieders van GGZ zijn verplicht een eigen kwaliteitsstatuut GGZ op te stellen.

Het LKS GGZ verdeelt het zorgproces in twee delen:

1. Probleemanalyse, indicatiestelling met het stellen van een diagnose, behandeling en begeleiding en de reflectie hierop;
2. Uitvoering, coördinatie en evaluatie van behandeling en begeleiding.

De regiebehandelaar heeft voor het eerste deel in het zorgproces een indicerende rol en voor het tweede deel een coördinerende rol. Het LKS GGZ beschrijft welke taken en verantwoordelijkheden bij deze rollen horen en hoe deze zich verhouden tot de rol van medebehandelaar. Ook beschrijft het welke competenties nodig zijn om deze rollen als regiebehandelaar te kunnen vervullen.

Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder maakt voor de verzekerde inzichtelijk hoe de zorgaanbieder aan de minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het geeft de verzekerde en eventueel een naaste informatie over de uitgangspunten en de werkwijze van de zorgaanbieder. De verzekerde kan zo een weloverwogen keuze maken voor een bepaalde zorgaanbieder en meebeslissen over de behandeling.

Op www.zorginzicht.nl onder openbare data vindt u welke zorgaanbieders een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ hebben en waar u het kwaliteitsstatuut kunt inzien.

Setting

GGZ wordt in verschillende vormen geleverd. In de GGZ heet dit een setting. Er zijn 8 settingen:

1. Behandeling zonder verblijf door een vrijgevestigd zorgaanbieder (kwaliteitsstatuut sectie II)
2. Monodisciplinaire behandeling zonder verblijf door een instelling (kwaliteitsstatuut sectie III)
3. Multidisciplinaire gespecialiseerde behandeling zonder verblijf door een instelling (kwaliteitsstatuut sectie III).
Naast de regiebehandelaar wordt de zorg door minstens 2 andere zorgaanbieders met verschillende beroepen geleverd
4. Outreachende zorg is gespecialiseerde multidisciplinaire GGZ voor bijvoorbeeld verzekerden met een ernstige psychiatrische aandoening. Vaak wordt de zorg bij de verzekerde thuis of in de wijk verleend
5. Gespecialiseerde GGZ met verblijf (exclusief forensische en beveiligde zorg)
6. Forensische en beveiligde gespecialiseerde GGZ met verblijf
7. Forensische en beveiligde gespecialiseerde GGZ zonder verblijf
8. Hoogspecialistische multidisciplinaire GGZ met of zonder verblijf

Regiebehandelaar

Per setting is bepaald wie regiebehandelaar mag zijn. De regiebehandelaar moet voor diagnostiek, het stellen van een indicatie, behandeling en begeleiding handelen volgens de specificatie van de inzet zoals deze voor de betreffende beroepsgroep is vermeld in het LKS GGZ. Elke regiebehandelaar heeft zijn eigen specialisatie.

Setting 1

Voor generalistische basis GGZ (GB GGZ): een klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut of gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog).

Voor gespecialiseerde GGZ: een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut.

Een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut is beschikbaar voor advies en consultatie binnen het professioneel netwerk waarin de regiebehandelaar deelneemt.

Setting 2

Voor GB GGZ: een klinisch (neuro)psycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, psychotherapeut, GZ-psycholoog of verslavingsarts. Als één van de hiervoor vermelde regiebehandelaren betrokken is bij de diagnostiek en indicatiestelling, dan mag een orthopedagoog-generalist ook regiebehandelaar zijn in deze setting.

Voor gespecialiseerde GGZ: een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, psychotherapeut, verslavingsarts, specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater. Als één van de hiervoor vermelde regiebehandelaren betrokken is bij de diagnostiek en indicatiestelling, dan mag een GZ-psycholoog, physician assistant of orthopedagoog-generalist ook regiebehandelaar zijn in deze setting. Een psychiater, klinisch(neuro)psycholoog of psychotherapeut is beschikbaar voor advies en consultatie binnen het professioneel netwerk of het multidisciplinair team waarin de regiebehandelaar deelneemt.

Setting 3 tot en met 8

Voor gespecialiseerde GGZ: een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, verpleegkundig specialist GGZ, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verslavingsarts, physician assistant, sociaal psychiatrisch verpleegkundige of orthopedagoog-generalist.

Setting 3, 4, 5 en 8

Voor gespecialiseerde GGZ: een specialist ouderengeneeskunde of een klinisch geriater.

Diagnostiek en indicatiestelling

Bij diagnostiek en indicatiestelling moet altijd een behandelaar betrokken zijn met een van de volgende beroepen in de gespecialiseerde GGZ vallend onder artikel 3 of 14 van de Wet op de Individuele beroepen in de Gezondheidszorg (BIG): een klinisch(neuro)psycholoog, psychiater, psychotherapeut of verpleegkundig specialist GGZ. Of een verslavingsarts voor verslavingszorg of een specialist ouderengeneeskunde voor ouderenpsychiatrie. Onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een zorgaanbieder die is opgenomen in de Lijst consult registrerende beroepen een bijdrage leveren aan de behandeling van verzekerden.

Overgangsregeling Jeugdwet

Regiebehandelaar GGZ voor een behandeling gestart onder de Jeugdwet mogen zijn: kinder- en jeugdpsycholoog NIP, GZ-psycholoog en orthopedagoog-generalist NVO. De regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ (Stichting Kwaliteitsregister Jeugd) of een BIG-registratie. Zij mogen alleen regiebehandelaar zijn voor een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat u 18 jaar bent geworden.

Hoogspecialistische GGZ

Voor hoogspecialistische GGZ moet u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Als u gebruikmaakt van een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd voor deze zorg, dan heeft u geen recht op vergoeding, ook geen gedeeltelijke vergoeding.

Verkennd gesprek

Voor het verkennd gesprek moet u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Als u gebruikmaakt van een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd voor deze zorg, dan heeft u geen recht op vergoeding, ook geen gedeeltelijke vergoeding. In uw regio is afgestemd wie het verkennd gesprek mag voeren.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, straatdokter of uw regiebehandelaar in geval van een doorverwijzing. Een straatdokter is een (huis)arts die zorg verleent aan dak- en thuislozen.

Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en heeft u hiervoor geen verwijsbrief van een hierboven genoemde verwijzer? Dan heeft u een nieuwe verwijsbrief nodig.

De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.

Toestemming

- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor Esketamine (neusspray)
- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor GGZ met verblijf (zie artikel [37. Verblijf \(natura en restitutie\)](#)).
Verstrekt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen. U kunt samen met uw zorgaanbieder een toestemmingsformulier GGZ invullen. Het formulier vindt u op onze website. Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 26. Fysiotherapie en Oefentherapie (restitutie)

Fysiotherapie en oefentherapie is zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Deze zorg omvat:

Jonger dan 18 jaar

- Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. 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 van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
- 9 behandelingen per kalenderjaar voor een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat. Maximaal 9 extra behandelingen als u nog last heeft van de aandoening: in totaal maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie

Eenmalig 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Oefentherapie bij etalagebenen

Maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij artrose heup- of kniegewricht

Maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij axiale spondyloartritis

Langdurige actieve oefentherapie bij axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen. Dit betekent dat u niet in staat bent tot of hulp nodig heeft bij normale dagelijkse activiteiten (zoals zelfverzorging, lopen, opstaan en verplaatsingen). Op onze website vindt u welke zorgaanbieders deze oefentherapie mogen geven.

Oefentherapie bij COPD

Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) GOLD klasse II en hoger.

Oefentherapie bij reumatoïde artritis

Langdurige actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen. Dit betekent dat u niet in staat bent tot of hulp nodig heeft bij normale dagelijkse activiteiten (zoals zelfverzorging, lopen, opstaan en verplaatsingen).

Behandeling van chronische aandoeningen

Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. 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 van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn. De eerste 20 behandelingen krijgt u niet vergoed.

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? Vraag dit dan vooraf na bij uw zorgaanbieder. U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website.

Valpreventief beweegprogramma bij een hoog risico om te vallen

Maximaal 1 trainingsprogramma per 12 maanden ter verbetering van spierkracht, balans en problemen bij het lopen. U heeft recht op een erkend programma als uit een valrisicobeoordeling (ook wel valanalyse genoemd) is gebleken dat u als gevolg van lichamelijke of psychische problemen begeleiding nodig heeft van een fysiotherapeut of oefentherapeut. Op onze website vindt u wie de valrisicobeoordeling mag uitvoeren. De erkende valpreventieve beweegprogramma's vindt u ook op onze website.

Dit is niet verzekerd

- Arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen;
- Re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
- Behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor oefentherapie voor artrose aan een heup- of kniegewricht onder toezicht van een gecontracteerd fysiotherapeut of gecontracteerd oefentherapeut. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een fysiotherapeut of heilgymnast-masseur

Gespecialiseerde therapie

Voor gespecialiseerde fysiotherapie en oefentherapie kunt u terecht bij een:

- Bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, kinderfysiotherapeut of manueel therapeut
- Bekkenoefentherapeut, geriatrie-oefentherapeut, kinderoefentherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Voor oedeemtherapie bij een:

- Oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut

Voor littekentherapie bij een:

- Huidtherapeut

Voor een hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik bij een:

- Fysiotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL). Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport, is niet verzekerd.

De kosten voor gespecialiseerde therapie krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een therapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde (deel)register van het:

- Individueel Register Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF)
- Subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

ParkinsonNet

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u fysiotherapie of oefentherapie nodig? Wij sluiten voor deze zorg alleen contracten met fysiotherapeuten en oefentherapeuten aangesloten bij ParkinsonNet. Meer informatie is vermeld in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) en

[1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#). Kijk voor meer informatie op onze website.

Chronisch ZorgNet voor Etalagebenen

Heeft u oefentherapie (looptraining) nodig vanwege etalagebenen (claudicatio intermittens)? Wij sluiten voor deze zorg alleen contracten met fysiotherapeuten en oefentherapeuten aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Meer informatie is vermeld in

artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) en

[1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#). Kijk voor meer informatie op onze website.

Oefentherapie bij reumatoïde artritis (RA)

Heeft u vanwege RA oefentherapie nodig? Wij sluiten voor deze zorg alleen contracten met fysiotherapeuten die een aanvullende vermelding voor RA hebben bij het KNGF of het SKF. En met oefentherapeuten die een actuele registratie voor RA hebben bij de Vereniging van Oefentherapeuten (VvOCM) of het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Meer informatie is vermeld in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) en

[1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#). Kijk voor meer informatie op onze website.

Chronisch ZorgNet voor COPD

Heeft u oefentherapie nodig vanwege COPD? Dan kunt u terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

Brief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant waaruit blijkt dat u een aandoening heeft, die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Artikel 27. Logopedie (restitutie)

Logopedie is zorg zoals logopedisten die 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.

Dit is niet verzekerd

Logopedische behandelingen in verband met:

- Dyslexie
- Taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid
- Spreken in het openbaar
- Voordrachtskunst.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een logopedist.

Logopedische behandelingen die afwijken van de reguliere behandeling mogen alleen worden geleverd door een logopedist die is ingeschreven in een van de volgende deelregisters van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF):

- Afasie
- Hanen programma's
- Integrale zorg stotteren
- Preverbale logopedie (eten en drinken)
- Stotteren.

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdsige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

ParkinsonNet

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u logopedie nodig? Wij sluiten voor deze zorg alleen contracten met logopedisten aangesloten bij ParkinsonNet. Meer informatie is vermeld in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) en

[1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#). Kijk voor meer informatie op onze website.

Artikel 28. Ergotherapie (restitutie)

Ergotherapie is zorg zoals ergotherapeuten die 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.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een ergotherapeut.

Gespecialiseerde therapie

Voor gespecialiseerde ergotherapie kunt u terecht bij een:

- Kinderergotherapeut
- Handergotherapeut
- Handergotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) voor een hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik. Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport, is niet verzekerd.

De kosten voor gespecialiseerde therapie krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een ergotherapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

ParkinsonNet

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u ergotherapie nodig? Wij sluiten voor deze zorg alleen contracten met ergotherapeuten aangesloten bij ParkinsonNet. Meer informatie is vermeld in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) en

[1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#). Kijk voor meer informatie op onze website.

Artikel 29. Diëtetiek (restitutie)

Diëtetiek is zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft, tot maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar. Onder diëtetiek wordt verstaan voorlichting met een medisch doel en het behandelen van patiënten door diëttherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een diëtist.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Diëtetiek als onderdeel van multidisciplinaire zorg (ketenzorg)

Wanneer u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte), een verhoogd vasculair risico of astma heeft en u ontvangt hiervoor multidisciplinaire zorg zoals omschreven in artikel [11. Huisartsenzorg \(restitutie\)](#), dan wordt de diëtetiek voor deze of gerelateerde aandoeningen via deze multidisciplinaire zorg geleverd.

Artikel 30. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar (restitutie)

Tandheelkundige zorg is zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat voor verzekerden jonger dan 18 jaar de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. Controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, dan heeft 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, dan heeft 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. Chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten
13. Röntgenonderzoek. U heeft geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

Bent u jonger dan 23 jaar? Dan heeft u recht op kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer ontbrekende blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd of geheel ontbreken als gevolg van een ongeval. De noodzaak van deze zorg moet zijn vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Bent u 18 jaar of ouder? Dan geldt voor deze zorg het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

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

Voor een autotransplantaat bij een multidisciplinair behandelteam waarbij het chirurgische deel uitgevoerd wordt door een tandarts-parodontoloog, tandartsimplantoloog of kaakchirurg en het tandheelkundige deel door een tandarts. De regierol ligt bij de zorgaanbieder die het chirurgische deel uitvoert.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:

- Kronen, bruggen en implantaten
- Kaakoverzichtsfoto's
- Autotransplantaten door een tandarts-parodontoloog, tandartsimplantoloog of een tandarts
- De 11e sealing of meer
- Het trekken van een frontelement, melktand of melkkies in een moeilijke situatie waarbij het tandvlees aan de kant moet worden geschoven
- De toeslag zeer ernstig geslonken kaak bij een gebitsprothese
- Behandelingen van het kauwstelsel
- Behandelingen van het tandvlees
- Meer dan 1 uur preventieve voorlichting per jaar
- Meer dan 1,5 uur gebitsreiniging per jaar
- De kosten van alle overige tandheelkundige behandelingen die samen meer dan € 1.400 per jaar bedragen.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Artikel 31. Bijzondere tandheelkunde (restitutie)

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U heeft 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.

31.1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Tandheelkunde zorg in bijzondere gevallen is zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
2. Als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft;
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.

De zorg vermeld onder 1. omvat orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

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.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

2. Orthodontische zorg in bijzondere gevallen:

Bij een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg of een tandarts die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister van de Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (OK register) in samenwerking met een kaakchirurg. Patiënten met een lip-, kaak- of gehemeltepleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie (narcose) nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
 - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
 - Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
 - Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

31.2. Tandheelkundige implantaten

De zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde als u:

1. Een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft;
2. Een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

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 drukknooppjes of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Voor de prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie artikel [33. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(restitutie\)](#).

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.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg. Als er sprake is van implantologie in de zeer ernstig geslonken tandeloze kaak dan mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
 - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
 - Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
 - Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Artikel 32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder (restitutie)

Kaakchirurgie is chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden als u 18 jaar en ouder bent.

Dit is niet verzekerd

- Chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie)
- Het aanbrengen van een implantaat
- Ongecompliceerde extracties. Bij deze extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een kaakchirurg.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Artikel 33. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder (restitutie)

De zorg omvat een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten als u 18 jaar of ouder bent. De zorg omvat ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de meso- structuur) voor een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese maakt ook deel uit van deze zorg.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- 10% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de onderkaak
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de bovenkaak
- 25% van de kosten voor een normale gebitsprothese
- 10% van de kosten voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Uw eigen bijdrage is 17% van de kosten voor het tegelijk maken van een normale gebitsprothese op de ene kaak en een implantaatgedragen prothese op de andere kaak (code J50).

Eigen bijdrage gebitsprothese

U heeft recht op een gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). 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 heeft. Naast een eigen bijdrage is ook het eigen risico van toepassing. Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft, zie artikel [31.2. Tandheelkundige implantaten](#).

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
 - a. Als er sprake is van extra techniekkosten voor een metalen versteviging, weekblijvende basis, non-toxic kunsthars/monomeervrije kunsthars en/of gaasversteviging/vezelversterker
 - b. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen
 - c. Voor de toeslag zeer ernstig geslonken kaak
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:
 - a. Een gebitsprothese op implantaten
 - b. Het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten
 - c. Een steg of drukknopen (mesostructuur)

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 34. Geneesmiddelen (restitutie)

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
- Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor u nieuw receptplichtig geneesmiddel
- Instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel
- Medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik
- Begeleiding en verbetering van geneesmiddelengebruik in samenwerking met de huisarts
- Farmaceutisch consult.

Geregistreerde geneesmiddelen

De zorg omvat bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Deze vindt u in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering.

Voorkeursgeneesmiddelen

In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. Wij kiezen voor bepaalde werkzame stoffen een voorkeursgeneesmiddel. U heeft alleen recht op deze voorkeursgeneesmiddelen. U vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof vergoeden wij niet. Als een behandeling met een voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is, vermeldt uw arts 'medische noodzaak' op het recept. U heeft dan recht op een ander geneesmiddel.

Medische noodzaak

Artsen mogen alleen 'medische noodzaak' op het recept vermelden als zij deze kunnen onderbouwen. Heeft uw apotheker vragen over de voorgeschreven medische noodzaak? Bijvoorbeeld omdat u het geneesmiddel niet eerder heeft gebruikt? Dan neemt de apotheker contact op met uw arts. De apotheker kiest op basis van de door uw arts voorgeschreven werkzame stof en de toelichting van uw arts welk geneesmiddel aan u wordt meegegeven. Als er geen sprake is van medische noodzaak geeft de apotheker u het voorkeursgeneesmiddel mee.

Voorkeursgeneesmiddelen en uw eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor voorkeursgeneesmiddelen. U vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Voor de dienstverlening van de apotheek geldt het eigen risico wel. Dit zijn bijvoorbeeld de kosten voor de terhandstelling van een geneesmiddel en de begeleiding bij het gebruik van nieuwe geneesmiddelen. Gebruikt u een ander geneesmiddel dan het voorkeursgeneesmiddel vanwege medische noodzaak, dan geldt het eigen risico wel.

Zelfzorgmiddelen

De zorg omvat zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U heeft alleen recht op laxermiddelen, 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

De zorg omvat niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U heeft recht op 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 heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening heeft die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Tijdelijk geneesmiddelentekort

Als een geregistreerd geneesmiddel in Nederland niet of onvoldoende geleverd kan worden, omvat de zorg een vervangend geneesmiddel uit het buitenland. Dit geneesmiddel moet met toestemming van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd of met een tijdelijke vergunning van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen uit het buitenland zijn gehaald.

Dit is niet verzekerd

- Farmaceutische zorg voor 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
 - Farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen
 - 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 niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald
 - Geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet
- U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Let op

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.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.
Uw wettelijke eigen bijdrage is maximaal € 250 per kalenderjaar.

Als uw zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij de eigen bijdrage als volgt:

- a. We delen de eigen bijdrage door het aantal dagen van het kalenderjaar.
- b. We vermenigvuldigen de uitkomst onder a. met het aantal dagen dat de verzekering loopt.
- c. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

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. Uw maximale eigen bijdrage is € 250 per kalenderjaar. Naast de eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn. Kijk voor meer informatie op onze website.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Gebruikt u de door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg? Dan geldt het eigen risico niet.

Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie wel onder het eigen risico vallen. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor farmaceutische zorg zoals vermeld in dit artikel niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundige (met juiste voorschrijfbevoegdheid).

Voor hoeveel dagen mag uw apotheker geneesmiddelen aan u geven?

Uw apotheker mag uw geneesmiddel voor een bepaalde periode aan u geven. De periode is afhankelijk van uw recept, het geneesmiddel en hoe lang u het geneesmiddel moet gebruiken.

Nieuw geneesmiddel

- Maximaal 15 dagen of
- De kleinste verpakking als die meer bevat dan u nodig heeft voor 15 dagen

Geneesmiddel op basis van een herhaalrecept

- 1 maand voor een geneesmiddel dat per maand meer dan € 1.000 kost. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed bent ingesteld op het geneesmiddel, mag uw apotheker dit geneesmiddel voor een periode van 3 maanden aan u geven
- 1 maand voor slaapmiddelen
- 1 maand voor geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (met uitzondering van middelen uit de groep van de antidepressiva)
- 1 maand voor geneesmiddelen die zijn opgenomen in de Opiumwet.
- Minimaal 3 maanden en maximaal 12 maanden voor een geneesmiddel voor de behandeling van een chronische aandoening.

Redenen om een geneesmiddel voor een kortere periode aan u te geven

- Het geneesmiddel is beperkt houdbaar
- Het geneesmiddel is beperkt beschikbaar

Anticonceptiepil en insuline

Voor de anticonceptiepil en voor insuline heeft u alleen de eerste keer een recept nodig.

Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een aantal geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. 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 of een toestemmingsformulier van onze website downloaden en invullen.
Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een contract 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, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.
Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? U kunt dan vooraf toestemming vragen door het formulier rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres op onze website.

2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:
- Een aantal doorgeleverde apotheekbereidingen (op maat gemaakte medicijnen). Dit zijn bereidingen die een apotheek maakt en aan uw apotheek levert;
 - 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.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Anticonceptiemiddelen

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan heeft u recht op 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 heeft alleen recht op anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Let op: u heeft hiervoor onze toestemming nodig. Kijk voor informatie over het aanvragen van toestemming bij punt 1 onder het kopje Toestemming van dit artikel.

Als u geen recht heeft op deze vergoeding, dan krijgt u de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering heeft. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Ongeacht uw leeftijd, heeft u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door een huisarts of een medisch specialist. Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige.

Artikel 35. Dieetpreparaten (restitutie)

Dieetpreparaten zijn polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Dieetpreparaten maken alleen deel uit van de zorg als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- Lijdt aan een stofwisselingsstoornis
- Lijdt aan een voedselallergie
- Lijdt aan een resorptiestoornis
- Lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop of
- Daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Dieetpreparaten

Een dieetpreparaat is een medische voeding met een andere vorm en een andere samenstelling dan normale voeding. Er zijn verschillende soorten, onder andere drinkvoeding en sondevoeding. In drinkvoeding zijn bijvoorbeeld extra energie, eiwitten, vetten of vitamines en mineralen opgenomen. Sondevoeding is speciale voeding die via een dun slangetje (een sonde) door de neus of buikholte direct naar de maag of darm gaat.

Dieetproduct

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. In het Reglement farmaceutische zorg zijn een aantal drinkvoedingen, puddingen en vla met verschillende smaken aangewezen als voorkeursproduct. Voor deze voorkeursproducten geldt het eigen risico niet. U kunt ook kiezen voor andere producten. Dan het geldt het eigen risico wel. U vindt het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Wij kunnen de lijst met voorkeursproducten tussentijds wijzigen. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij een medisch speciaalzaak ook wel een facilitair bedrijf genoemd.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

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

Recept (voorschrift)

Huisarts, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming kunt u gebruikmaken van het door uw huisarts voorgeschreven recept of de door uw medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten (ZN Verklaring polymere, oligomere of modulaire dieetpreparaten). Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen (restitutie)

Hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn 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 of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten.

Gebruikt u een hulpmiddel of een verbandmiddel en wilt u overstappen naar een nieuwe hulpmiddelenleverancier? Neem dan tijdig contact op met uw huidige hulpmiddelenleverancier om u af te melden. U kunt per zorgvraag bij één hulpmiddelenleverancier tegelijk terecht.

Gaat het om verbruiksartikelen zoals verbandmiddelen, hulpmiddelen bij diabetes, incontinentie- of stomamaterialen? Dan meldt u aan uw nieuwe hulpmiddelenleverancier tot wanneer u voldoende hulpmiddelen en/of verbandmiddelen heeft. Hiermee voorkomt u onnodige voorraad. Onnodige voorraad krijgt u niet vergoed.

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 heeft en zo ja, van wie;
- Of u vooraf onze toestemming nodig heeft (voor (eerste) aanschaf, herhaling of reparatie);
- Gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan 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 contract hebben gesloten, dan 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.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen (hulpmiddelenleverancier). In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de hulpmiddelenleverancier aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Hulpmiddelenzorg niet overdragen aan zorgaanbieders (hulpmiddelenleveranciers) of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Bruikleen

Verstrekt een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract een hulpmiddel in bruikleen? En gaat u voor dit hulpmiddel naar een zorgaanbieder zonder contract? Dan vergoeden wij maximaal de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar die wij betaald zouden hebben als u naar een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract voor de betreffende zorg zou zijn gegaan. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen. In het Reglement hulpmiddelen vindt u welke hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt door een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract.

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Extra informatie

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 heeft 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 37. Verblijf (natura en restitutie)

Verblijf is medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel [11. Huisartsenzorg \(restitutie\)](#)), verloskundige zorg (artikel [15.1. Verloskundige zorg](#)), medisch specialistische zorg (artikelen 16 tot en met 23), GGZ (artikel [25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(natura\)](#)) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (artikel [30. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar \(restitutie\)](#), [31. Bijzondere tandheelkunde \(restitutie\)](#) en artikel [32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(restitutie\)](#)) 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. 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). Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die medische kindzorg (intensieve kindzorg) nodig hebben zoals omschreven in artikel [14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\) \(natura\)](#).

Een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis is mogelijk als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. De vergoeding bedraagt maximaal € 94,50 per dag.

Wanneer heeft u recht op een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis?

Ondergaat u CAR T-celtherapie en woont u op meer dan 60 minuten reizen van het expertziekenhuis waar u de behandeling ondergaat? Dan kunnen wij op uw verzoek een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van het ziekenhuis geven. De vergoeding begint op de dag dat u het ziekenhuis verlaat en stopt na 14 dagen, tenzij u langer in de buurt van het ziekenhuis moet blijven in verband met medische complicaties. De vergoeding bedraagt maximaal € 94,50 per dag.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling of in een revalidatie-instelling.

Eerstelijnsverblijf mag plaatsvinden in een instelling waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend.

Het verblijf in verband met medische kindzorg mag plaatsvinden in een kindzorghuis.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdsige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor verblijf in een GGZ-instelling niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Voor verblijf in verband met medische kindzorg mag een kinderarts of hbo-kinderverpleegkundige een voorschrift afgeven.

Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg of medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel

[32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(restitutie\)](#) Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor verblijf in verband met medische kindzorg (artikel

[14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\) \(natura\)](#), medisch specialistische zorg (artikel

[16. Medisch specialistische zorg \(restitutie\)](#)), revalidatie (artikel

[17.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie](#)), plastische en/of reconstructieve chirurgie (artikel

[21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie \(restitutie\)](#)), GGZ (artikel

[25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(natura\)](#)) en mondzorg (artikel

[30. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar \(restitutie\)](#), [31. Bijzondere tandheelkunde \(restitutie\)](#)

en [32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(restitutie\)](#)) als dit in het betreffende zorgartikel is aangegeven. Kijk voor meer informatie in het betreffende zorgartikel.

U heeft ook onze toestemming nodig voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

ZIEKENVERVOER

Artikel 38. Ambulancevervoer en ziekenvervoer (restitutie)

Ambulancevervoer en ziekenvervoer omvat:

1. Medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevoorzieningen 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. Als u jonger bent dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
 - d. Vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel in 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.
 - e. 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 in punt 1a tot en met 1d;
2. 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 of instelling als bedoeld onder punt 1a, 1b of 1d of een woning als bedoeld onder punt 1e. U heeft dit recht uitsluitend in de volgende situaties:
 - a. Voor nierdialyses en voor de consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
 - b. Voor oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie en voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
 - c. Als u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
 - d. Als uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
 - e. Als u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen bent op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid (medische kindzorg, ook wel intensieve kindzorg genoemd);
 - f. Als u bent aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel [17.2. Geriatrische revalidatie](#);
 - g. Als u bent aangewezen op dagbehandeling in een groep als onderdeel van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als bedoeld in artikel [12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen \(restitutie\)](#) onder punt 2a, 2b of 2c;
 - h. Als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Hieronder valt ook het ziekenvervoer voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling.

Wanneer komt u in aanmerking voor 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 heeft recht op ziekenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer u een gezichtsveld heeft van minder dan 20 graden. Het kan ook voorkomen dat u een combinatie heeft 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.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden 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 begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Logeerkosten

Bent u tenminste 3 achtereenvolgende dagen aangewezen op vervoer als bedoeld onder 2a tot en met 2g? Dan kunnen wij u op uw verzoek een vergoeding voor logeerkosten geven van maximaal € 94,50 per dag. U heeft dan recht op vervoer of een kilometervergoeding voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en op vergoeding van 2 of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De logeervergoeding komt dus gedeeltelijk in plaats van de vervoersvergoeding.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 134 per kalenderjaar voor ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer en logeerkosten.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Voor ambulancevervoer: bij een vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Voor ziekenvervoer:
 - Bij een taxivervoerder
 - Bij een 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 € 0,40 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Maakt u gebruik van een taxivervoerder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. Voor ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2e (medische kindzorg) heeft u een voorschrift nodig van de kinderarts of hbo-kinderverpleegkundige. Voor ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2g (geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen) heeft u een voorschrift nodig van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist. U heeft geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor ziekenvervoer en de vergoeding van logeerkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

U kunt via onze website toestemming vragen bij de vervoersdesk voor:

- Ziekenvervoer voor nierdialyses en oncologische behandelingen
- Ziekenvervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderzorghuis bij intensieve kindzorg
- Vergoeding van logeerkosten.

Extra informatie

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 39. Zorgadvies en bemiddeling

Zorg verzekerd op basis van restitutie

U heeft voor zorg verzekerd op basis van restitutie op verzoek 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.

Zorg verzekerd op basis van natura

U heeft voor zorg verzekerd op basis van natura (Verpleging en verzorging (artikel

[14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\) \(natura\)](#)) en Geestelijke gezondheidszorg (artikel

[25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(natura\)](#) en

[37. Verblijf \(natura en restitutie\)](#))) 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.

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, kunnen wij u toestemming geven om voor deze zorg gebruik te maken van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten. U heeft hiervoor onze voorafgaande schriftelijke toestemming nodig. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal het notabedrag.

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. Onze zorgadviseurs bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

III. Begripsomschrijvingen

Acute zorg: zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Acute zorg wordt ook wel spoedzorg genoemd. Als het zorg betreft die in het buitenland wordt verleend dan betreft acute zorg ook zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd.

Audiologisch centrum: instelling voor gehoor- en taaldiagnostiek en behandeling en advies voor hoorhulpmiddelen.

Beëdigd vertaler: dit is een vertaler die bevoegd is om gewaarmerkte vertalingen te maken. Dit is nodig bij de vertaling van officiële documenten zoals medische verklaringen en documenten van de burgerlijke stand. Beëdigde vertalers staan in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), www.bureauwbvtv.nl.

CAK: Centraal Administratie Kantoor.

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 deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose-behandelcombinatie (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. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen.

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 heeft 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 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), Tsjechië 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: instelling waar u kunt bevallen onder verantwoordelijkheid van een verloskundige. Vaak kunt u in een geboortecentrum ook kraamzorg ontvangen. Een geboortecentrum is in een ziekenhuis. Of dicht bij een ziekenhuis. Het ziekenhuis is bereikbaar via een overdekte toegang (een 'droge' verbinding).

Gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR): het GGR geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico verhoogd is. Deze maat wordt bepaald door de Body Mass Index (BMI) in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren voor een bepaalde aandoening of van bestaande aandoeningen.

Gewoon ZEKUR Zorg Plus: een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de Gewoon ZEKUR Zorg Plus aangeduid met 'de zorgverzekering'.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instelling: instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening.

Instelling:

1. Een instelling in de zin van de Wet toetreding zorgaanbieders;
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.

KNMG: de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) is een federatie van beroepsverenigingen van artsen en de vereniging De Geneeskundestudent en behartigt de belangen van artsen in Nederland.

NZa: Nederlandse zorgautoriteit.

Polis: de zorgpolis zoals omschreven in artikel 1 lid 1 onder i van de Zorgverzekeringswet, namelijk de akte waarin de tussen verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd. De (zorg)polis bestaat uit een polisblad en deze verzekeringsvoorwaarden.

Setting GGZ: onder setting wordt verstaan de levering van zorg in een context die van een andere setting is te onderscheiden door benodigde infrastructuur en inzet van verschillende disciplines.

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.

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, Noord-Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië, Turkije en de landen van het Verenigd Koninkrijk (Engeland, Noord-Ierland, Schotland en Wales).

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 Plus/verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst van de zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet.

Wlz: Wet Langdurige Zorg.

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

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg. Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg: zorg en/of overige diensten.

Zorgaanbieder: de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent zoals omschreven in artikel 1, aanhef en sub c, onderdeel 1 van de Wmg. Onder zorgaanbieder worden ook verstaan alle behandelaren die voor de levering van de zorg worden ingeschakeld voor rekening en risico van de zorgaanbieder.

Zorgartikel: artikel dat betrekking heeft op bepaalde zorg. Zie hoofdstuk II, Zorgartikelen.

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

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet waarvan deze voorwaarden een integraal en onlosmakelijk deel uitmaken.

Aanvullende Verzekeringsvoorwaarden

ZEKUR 2026

Welkom bij ZEKUR

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor jouw zorgverzekering bij ZEKUR. Hierin lees je alles over jouw zorgverzekering.

Onze website

Wil je meer weten over je zorgverzekering? Op [ZEKUR.nl](https://zekur.nl) vind je veel informatie. Bijvoorbeeld over hoe je de kosten voor zorg terugvraagt. Of hoe je toestemming aanvraagt.

Online je zorgverzekering regelen

Alles voor je zorgverzekering regel je makkelijk online.

Wil je contact opnemen met ons? Kijk dan op [ZEKUR.nl/contact](https://zekur.nl/contact) voor de contactmogelijkheden.

Hulp bij betalen

Op [Alles over het betalen van je zorgverzekering](#) vind je informatie over het betalen van je zorgpremie en je zorgkosten. En wat je kan doen als je hulp nodig hebt bij betalen.

Mijn ZEKUR Zorg en de ZEKUR Zorg App

Via Mijn ZEKUR Zorg en de ZEKUR Zorg App en de [ZEKUR Zorg app](#) kan je jouw declaraties inzien, je nota's betalen en je verzekering wijzigen.

ZEKUR Zorgvinder

Wil je opzoeken met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of welke aangewezen of erkend zijn? Kijk dan op [ZEKUR.nl/zorgvinder](https://zekur.nl/zorgvinder).

Vergoedingen

In deze voorwaarden lees je wat verzekerd is en wanneer je een vergoeding krijgt.

Op [ZEKUR.nl/zorgverzekering/vergoedingen](https://zekur.nl/zorgverzekering/vergoedingen) lees je welke vergoeding je krijgt.

In geval van nood

Bel altijd de ZEKUR Zorg Alarmcentrale als je in het buitenland medische zorg nodig hebt. Onze alarmcentrale is 24/7 bereikbaar en wordt uitgevoerd door de ANWB.

ZEKUR Zorg Alarmcentrale +31 40 297 57 60

Inhoud

I. Algemeen	6
Artikel 1. Verzekerde zorg	6
Artikel 2. Algemene bepalingen	9
Artikel 3. Premie	11
Artikel 4. Overige verplichtingen	13
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	13
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	13
Artikel 7. Klachten en geschillen	15
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling	16
 II. Vergoedingen Extra ZEKUR Zorg	 17
Alternatieve zorg	
Artikel 9. Alternatieve zorg	17
Fysiotherapie	
Artikel 10. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie	18
Ergotherapie	
Artikel 11. Ergotherapie	19
Anticonceptie	
Artikel 12. Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar	20
Artikel 13. Sterilisatie	20
Brillen en lenzen	
Artikel 14. Budget voor brillen en contactlenzen	20
Buitenland	
Artikel 15. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij een reis naar het buitenland	21
Artikel 16. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	21
Artikel 17. Repatriëring	22
Preventie	
Artikel 18. Persoonlijk gezondheidsbudget	23
18.1. Cursussen	23
18.2. Preventieve cursussen, zorg en advies gericht op uw fysieke en mentale gezondheid	23
18.3. Leefstijlcheck	23

18.4. Sportmedisch advies	23
18.5. Consult en advies voor vrouwen	24

Zwangerschap en geboorte

Artikel 19. Lactatiekundig consult	24
Artikel 20. Nazorg moeder en pasgeborene of ondersteuning bij adoptie	24
Artikel 21. Borstkolf	25
Artikel 22. Eigen bijdrage kraamzorg	25
Artikel 23. Eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak	25

Huidtherapie

Artikel 24. Budget huidbehandelingen	25
24.1. Acnebehandeling	25
24.2. Camouflagetherapie	26
24.3. Ontharen voor verzekerden vanaf 16 jaar	26

Hulpmiddelen

Artikel 25. Budget hulpmiddelen	27
25.1. Batterijen hoorhulpmiddelen	27
25.2. Mammaprothese	27
25.3. Pruik en mutsja's	27
25.4. Steunpessarium	28
25.5. Plaswekker van 6 tot 18 jaar	28
25.6. ADL-Hulpmiddelen	28
25.7. Eigen bijdrage hoortoestellen	28
25.8. Eigen bijdrage gezichtshulpmiddelen	28
Artikel 26. Eenvoudige loophulpmiddelen	29

Voetzorg

Artikel 27. Budget voetbehandelingen	29
27.1. Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet	29
27.2. Podotherapie	30
Artikel 28. Steunzolen en therapiezolen	30
Artikel 29. Eigen bijdrage schoeisel	30

Voedingsadvies

Artikel 30. Diëtetiek	31
Artikel 31. Gewichtsconsulent	31

Verblijf buitenshuis

Artikel 32. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis	31
Artikel 33. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed	32

Palliatieve zorg

Artikel 34.	Hospice	32
-------------	---------	----

Zorg en verblijf buitenshuis

Artikel 35.	Herstellingsoorden en zorghotels	33
-------------	----------------------------------	----

Zorg thuis

Artikel 36.	Mantelzorgmakelaar	34
-------------	--------------------	----

Patiëntenvereniging en organisatie

Artikel 37.	Lidmaatschap	35
-------------	--------------	----

Mondzorg

Artikel 38.	Tandheelkundige zorg	35
38.1.	Periodieke controle en incidenteel consult	36
38.2.	Algemene tandheelkundige zorg	36
38.3.	Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen	37
Artikel 39.	Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar	37
Artikel 40.	Eigen bijdrage kunstgebit	37

III. Vergoedingen Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie, Aanvullend ZEKUR Buitenland, Aanvullend ZEKUR Tand,

38

Fysiotherapie

Artikel 41.	Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie	38
-------------	--	----

Buitenland

Artikel 42.	Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	39
Artikel 43.	Repatriëring	40

Mondzorg

Artikel 44.	Tandheelkundige zorg	41
44.1.	Periodieke controle en incidenteel consult	41
44.2.	Algemene tandheelkundige zorg	41
44.3.	Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen	42
Artikel 45.	Eigen bijdrage kunstgebit	42

IV. Begripsomschrijvingen

43

I. Algemeen

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u bij medische noodzaak recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Hiervan is sprake 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 zorgverleners aan zorg 'plegen te bieden'.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgverlener moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Per zorgartikel vindt u welke zorgverleners de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgverlener moet voldoen. Voor een aantal vormen hebben we zorg verleners gecontracteerd, aangewezen of erkend.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op onze website.

1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.3.1. Zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener

Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij aan de zorgverlener het afgesproken tarief.

1.3.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de (voor u betreffende) zorg geen contract hebben? Dan moet u misschien de rekening of een deel van de rekening zelf betalen. Onder niet-gecontracteerde zorgverleners vallen ook aangewezen zorgverleners. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden. Indien van toepassing kunt u uw vordering op ons voor huidbehandelingen, mindfulness bij burn-out klachten of seksuologische zorg niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

1.3.3. Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden.

1.3.4. Budget

Krijgt u voor de betreffende zorg een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale budget dat in het betreffende zorgartikel staat.

1.3.5. Wij vergoeden een aantal zorgsoorten ook als de zorg wordt verleend door een zorgverlener die in het buitenland is gevestigd, mits deze zorgverlener vergelijkbare zorg biedt. Dit geven wij in de betreffende zorgartikelen aan. Als u vanuit deze verzekeringsvoorwaarden recht heeft op vergoeding van een wettelijke eigen bijdrage op grond van de zorgverzekering, dan vergoeden wij deze ook als deze zorg in het buitenland is verleend en vanuit de zorgverzekering is vergoed.

1.4. Insturen van nota's

De meeste zorgverleners sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via [Mijn ZEKUR Zorg](#) of via de [ZEKUR Zorg app](#). U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. Stuur de originele nota naar Postbus 25030, 5600 RS Eindhoven. Soms vragen wij u een declaratieformulier in te vullen en mee te sturen. Kijk voor meer informatie op onze website. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Wij vergoeden alleen nota's die wij binnen 3 jaar hebben ontvangen. Deze 3 jaar gaan in op de eerste dag na de dag dat u weet van de opeisbaarheid van de vordering.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- de datum waarop de nota door de zorgverlener is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen);
- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgverlener.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. 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 en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.5. Rechtstreekse betaling

Wij mogen de zorgkosten rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. U heeft dan zelf geen recht meer op de vergoeding.

1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, moet u soms toch iets bijbetalen. Soms hebben wij meer vergoed dan waartoe we volgens uw aanvullende verzekering(en) verplicht zijn. Of de kosten van zorg komen om een andere reden 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.

1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. In het zorgartikel vindt u informatie hierover.

Verwijzing of voorschrift

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

Toestemming (machtiging)

U heeft soms onze toestemming nodig voordat u de zorg krijgt. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen. Voor bepaalde zorg kan de zorgverlener namens u toestemming aanvragen. Kijk voor meer informatie op onze website. Voor het verlenen van toestemming gaan wij na of uw zorgverlener van onberispelijk gedrag is. Als uw zorgverlener niet van onberispelijk gedrag is, kan dat gevolgen hebben voor uw machtigingsaanvraag.

1.8. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden spreken wij daarbij over (kalender)jaren. Om te bepalen aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden verbonden, kijken wij naar de door uw zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd. Deze datum is daarvoor bepalend. Stel uw behandeling valt in 2 kalenderjaren, en de zorgverlener mag de kosten hiervan in één bedrag in rekening brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie). Dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en horen de kosten bij het kalenderjaar waarin uw behandeling is gestart.

1.9. Uitsluitingen

U heeft 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 kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die derden zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring in rekening brengen, administratiekosten of kosten voor het niet op tijd betalen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u moet betalen op grond van een andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige volgens die wet bent;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken of zou kunnen maken volgens 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 komt volgens deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking die boven het bedrag ligt waarop u ergens anders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden 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 uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid de kosten in rekening brengt en/of de behandeling uitvoert.

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

Heeft 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 (kalender)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, dan heeft u 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 deze 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 aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u online, telefonisch, schriftelijk of op het aanvraagformulier heeft aangegeven.

Na het sluiten van de aanvullende verzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de polis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten aanvullende verzekering(en) vermeld.

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 verzekeringsvoorwaarden 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 zorgverzekering Gewoon ZEKUR Zorg Basis en Gewoon ZEKUR Zorg Plus. 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 Basis of Gewoon ZEKUR Zorg Plus, vindt inschrijving voor de aanvullende verzekering plaats per 1 januari van het kalenderjaar volgend op de aanvraag. Inschrijving met terugwerkende kracht is niet mogelijk.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden verwijzen we 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
- Clausuleblad terrorismedekking
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen
- Lijst maximale vergoedingen buitenland
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgverleners
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVLen VSBB
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera
- Convenant Samenloop Reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

U vindt deze documenten op onze website.

2.4. Fraude

Als wij vermoeden dat er sprake is van fraude, zullen wij een onderzoek (laten) instellen. U bent verplicht om aan dit onderzoek mee te werken en ons relevante en juiste informatie te geven. Tijdens dit onderzoek betalen wij uw nota(s) niet uit. Blijkt uit het onderzoek dat u of iemand anders namens u (geheel of gedeeltelijke) fraude heeft gepleegd? Dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Daarnaast vorderen wij uitgekeerde vergoedingen bij u terug. Ook bent u verplicht de kosten die voortvloeien uit het fraudeonderzoek te betalen.

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) registreren:

- in ons Incidentenregister;
- in het Externe Verwijzingsregister (EVR) van de stichting CIS.

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

Fraude door zorgverleners

Zorgverleners die fraude plegen, laten wij opnemen in het Externe Verwijzingsregister (EVR). Wij vergoeden geen zorg van zorgverleners die in dit register staan en zullen deze zorgverleners hierover informeren. De zorgverlener is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij hun zorg niet vergoeden.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft.

Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u al onze mededelingen elektronisch wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de [Mijn ZEKUR Zorg](#) of in de [ZEKUR Zorg app](#).

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft dit niet te willen. 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. De opzegtermijn is één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval zodra de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

De verzekeringsvoorwaarden zijn gemaakt in de Nederlandse taal. We hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling, dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor elke verzekerde is premie verschuldigd. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar 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.

Aan welke eisen moet het rekeningnummer voldoen?

De tenaamstelling van het rekeningnummer moet overeenkomen met de naam van de verzekeringnemer. Ook moet het een rekeningnummer zijn van een land dat deelneemt aan de Single Euro Payments Area (SEPA).

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1. De premies en voorwaarden van de collectieve overeenkomst gelden 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 van de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3. U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

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

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.
- 3.3.2. Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,40 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel [3.3.4](#)).
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via [Mijn ZEKUR Zorg](#) gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDEAL.
- c. Uw werkgever houdt de premie en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
- d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.

3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 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.

3.4. Verrekening

U 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 de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) 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 mogen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Heeft u een actieve schuldregeling en zijn alle schuldeisers akkoord (MSNP/ WSNP)? Dan kunt u een aanvraag doen voor een aanvullende verzekering. Als wij de aanvraag accepteren gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

3.5.2. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.5.3. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

3.5.4. Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. Denk aan kosten die wij zouden kunnen verhalen op de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van een ongeval. 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;
- 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);
- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan 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 mogen 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, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft 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 wij aangeven dat de zorgverzekering aanvangt, per datum waarop u deelneemt aan de collectieve overeenkomst of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een zorgverzekering van de zorgverzekeraar sluiten als u verzekeringsplichtig bent in de zin van de Zorgverzekeringswet.

6.2.2. Medische selectie

Voor de aanvullende verzekering(en) geldt geen medische en/of tandheelkundige selectie.

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in [6.2.1](#) en [6.2.2](#) is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2026 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2026. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden.

Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel [6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering\(en\) opzeggen?](#)).

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen ZEKUR. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg. Gaat u in het buitenland wonen? Dan beëindigen wij de aanvullende verzekering(en) met ingang van de datum dat u buiten Nederland gaat wonen.

6.3. Einde van rechtswege

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:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is op grond van de Zorgverzekeringswet;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel 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 leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, dan sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) (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(en) (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. Opzeggingsrecht](#);
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt. Voorwaarde is dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

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. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering(en) op te zeggen.

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. Niet-tijdig betalen](#);
- als er sprake is van fraude (zie artikel [2.4. Fraude](#));
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u gehandeld heeft 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;

- als u ongewenst gedrag vertoont tegen ons, onze medewerkers of zorgverleners of onze eigendommen beschadigt. Ongewenst gedrag is bijvoorbeeld agressie, het uiten van bedreigingen, het gebruik van geweld of intimidatie of mogelijke andere gedragingen. Wij bepalen wanneer er sprake is van ongewenst gedrag. Wij kunnen hiervan aangifte doen bij de politie en u (laten) registreren in ons Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister (EVR). Wij nemen bij opzegging een opzegtermijn van 2 maanden in acht. Als wij uw aanvullende verzekering(en) hebben beëindigd, kunt u 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Indienen klacht

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. Kijk voor meer informatie over het indienen van een klacht op onze website.

Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent. 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 kunt u dit ook door iemand anders laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan 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 formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor een klacht indienen. Kijk voor meer informatie op de website. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/ het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@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 heeft recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgverlener die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. 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 zorgverlener met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Onze zorgadviseurs bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II. Vergoedingen Extra ZEKUR Zorg

Omvang van de dekking

Als u Extra ZEKUR Zorg heeft afgesloten, kunt u aanspraak maken op vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in artikel [9. Alternatieve zorg](#) tot en met [40. Eigen bijdrage kunstgebit](#). De vergoeding vindt u onderaan het artikel.

ALTERNATIEVE ZORG

Artikel 9. Alternatieve zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. behandelingen en consulten die vallen onder acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen, antroposofische alternatieve geneeswijzen, chiropractie, craniosacraaltherapie, haptotherapie (18 jaar en ouder), adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn, homeopathie, manuele therapie E.S, musculoskeletale geneeskunde, natuurgeneeswijzen, osteopathie en psychosociale zorg (18 jaar en ouder);
2. homeopathische of antroposofische (genees)middelen die
 - volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd
 - in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 250,- per kalenderjaar

Voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 25,- per dag.

Dit krijgt u niet vergoed

Onder alternatieve zorg vallen niet de consulten en (groeps-)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening, coaching en counseling;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- relatietherapie;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
- celtherapie en chelatietherapie;
- alle psychosociale therapie, waaronder haptotherapie, voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek;
- onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Hier kunt u terecht

Voor behandelingen en consulten kunt u alleen terecht bij een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht hiervan vindt u op onze website. Voor de geneesmiddelen kunt u naar een apotheker. Een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.

Welk middel wordt vergoed?

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgverlener opvragen en contact met ons opnemen. Onze contactgegevens vindt u op onze website. Met dit nummer kunnen wij voor u kijken of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apotheekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA- of HM-registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

FYSIOTHERAPIE

Artikel 10. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. Fysiotherapie
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck
3. Oedeemtherapie
4. Littekentherapie
5. Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar

Voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.

Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering.

Dit krijgt u niet vergoed

- Arbocuratieve zorg en re-integratietrajecten;
- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining;
- Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport.

Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut. Voor gespecialiseerde fysiotherapie kunt u terecht bij een bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, kinderfysiotherapeut of manueel therapeut.
2. Oefentherapie: bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Voor gespecialiseerde oefentherapie kunt u terecht bij een bekkenoefentherapeut, geriatrie-oefentherapeut, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut.
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.
4. Littekentherapie: bij een huidtherapeut.
5. Hand- of vingerspalk: bij een fysiotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL).

De kosten voor gespecialiseerde therapie krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een therapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde (deel)register van het:

- Individueel Register Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF);
- Subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie hebben wij alleen contracten met zorgverleners die voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep.

Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Gaat u naar een zorgverlener die niet is aangesloten bij ParkinsonNet, dan ontvangt u een lagere vergoeding. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg of gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgverlener in het buitenland, die vergelijkbare zorg levert? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen' en 'Lijst maximale vergoedingen buitenland' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

ERGOTHERAPIE

Artikel 11. Ergotherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van ergotherapie met als doel een grotere of betere zelfredzaamheid. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 10 behandeluren ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar
Uw zorgverlener declareert de behandeltijd in kwartieren.

Dit krijgt u niet vergoed

Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport.

Hier kunt u terecht

Bij een ergotherapeut.

Bij een handergotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) voor een hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik.

Let op

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Wij hebben voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

ANTICONCEPTIE

Artikel 12. Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar

Dit krijgt u vergoed

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar, die volgens de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt. Denk aan: anticonceptiepil, anticonceptiestafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde apotheker of apotheekhoudende huisarts. Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudende huisarts waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde apothekers en apotheekhoudende huisartsen vindt u op onze website. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een apotheker in het buitenland gaat. Wij vergoeden dan maximaal het tarief, zoals vermeld in de 'Lijst maximale vergoedingen buitenland'.

Dit moet u zelf regelen

Het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel. Een huisarts, verloskundige of medisch specialist schrijft dit voor.

U krijgt vanuit uw zorgverzekering een vergoeding voor het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Ongeacht uw leeftijd.

Artikel 13. Sterilisatie

Dit krijgt u vergoed

Sterilisatie.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

volledig

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet. Voor een vasectomie (sterilisatie van de man) kunt u ook naar een huisarts. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

BRILLEN EN LENZEN

Artikel 14. Budget voor brillen en contactlenzen

Dit krijgt u vergoed

De aanschafkosten van brillen met glazen op sterkte en lenzen op sterkte bij een opticien. Wij vergoeden deze zorg ook als u een bril of lenzen aanschaf bij een opticien in het buitenland.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 100,- per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen heeft gekocht en de 2 hieraan voorafgaande kalenderjaren. De kosten voor het aanmeten worden alleen vergoed als ze onderdeel uit maken van de aanschaf.

BUITENLAND

Artikel 15. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij een reis naar het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Consulten, noodzakelijke vaccinaties (inenting) en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

volledig

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert. Wij vergoeden dan maximaal het tarief, zoals vermeld in de 'Lijst maximale vergoedingen buitenland'.

Artikel 16. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Onze alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

volledig

Dit krijgt u niet vergoed

1. Kosten voor niet-spoedeisende zorg of zorg die kan worden uitgesteld tot u terug bent in Nederland
2. Kosten van een ziekenhuisopname en/of kosten van een langdurige medische behandeling als u geen voorafgaand contact met onze alarmcentrale heeft opgenomen of laten opnemen
3. Kosten die u op grond van de wet niet zou hoeven te betalen of kosten die niet in rekening gebracht zouden zijn als er geen dekking zou zijn op basis van deze verzekering
4. Kosten van zorg die niet redelijk en noodzakelijk zijn.

Dit moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u onze alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de [ZEKUR Zorg app](#), op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat 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.

Artikel 17. Repatriëring

Dit krijgt u vergoed

Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van:

- vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer
- (medisch) noodzakelijke begeleiding
- noodzakelijke communicatie
- het brengen en/of toesturen van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn

De alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

volledig

Dit krijgt u niet vergoed

Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Hier kunt u terecht

Bij onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB. Verzorgt onze alarmcentrale de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de [ZEKUR Zorg app](#), op uw zorgpas of op onze website.

PREVENTIE

Artikel 18. Persoonlijk gezondheidsbudget

U krijgt een persoonlijk gezondheidsbudget voor preventie dat u kunt inzetten voor cursussen, zorg en advies zoals hierna beschreven in Artikel [18.1. Cursussen](#) t/m [18.5. Consult en advies voor vrouwen](#).

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 200,- per kalenderjaar

18.1. Cursussen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van (een):

- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, reuma, gewrichtsaandoeningen, kanker, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Patiënten Federatie Nederland of een thuiszorgorganisatie;
- cursussen omgaan met dementie die een thuiszorgorganisatie, de GGD- of een GGZ-instelling organiseert;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.patiëntenfederatie.nl

Dit moet u zelf regelen

Bij de nota stuurt u een bewijs van deelname mee.

18.2. Preventieve cursussen, zorg en advies gericht op uw fysieke en mentale gezondheid

Dit krijgt u vergoed

De kosten van (online) cursussen, zorg en advies die erop gericht zijn uw fysieke en mentale gezondheid op peil te houden of te verbeteren. Op onze website vindt u een overzicht van dit extra aanbod en waar u daarvoor terecht kunt.

18.3. Leefstijlcheck

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een (online) leefstijlcheck met als doel inzicht krijgen in uw leefstijl. Hierbij heeft u de mogelijkheid voor een cholesterol- en glucosetest en een buikomvangmeting (thuis test). Na de check volgt een persoonlijk leefstijlgesprek met een online leefstijlcoach.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een andere zorgverlener? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

18.4. Sportmedisch advies

Dit krijgt u vergoed

De kosten van sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

Hier kunt u terecht

Bij een sportarts (medisch specialist).

18.5. Consult en advies voor vrouwen**Dit krijgt u vergoed**

De kosten van voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen met gezondheidsproblemen die veroorzaakt worden door het hormonale systeem zoals de overgang of de menstruatie.

Hier kunt u terecht

Bij een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies over vrouwen en hormonen. Of bij een verloskundige die als overgangsconsulent is aangesloten bij de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC).

ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE**Artikel 19. Lactatiekundig consult****Dit krijgt u vergoed**

De kosten van een lactatiekundig consult voor u als u problemen heeft met de borstvoeding.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 200,- per bevalling

Hier kunt u terecht

Bij een lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of de Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBB).

Artikel 20. Nazorg moeder en pasgeborene of ondersteuning bij adoptie**Dit krijgt u vergoed**

De kosten van:

- aanvullende nazorg wanneer u wegens een ziekenhuisopname van uzelf of uw baby geen of onvoldoende gebruik kon maken van uw geïndiceerde uren kraamzorg uit de zorgverzekering.
- noodzakelijke ondersteuning en advisering over de verzorging van uw geadopteerde baby van jonger dan 3 maanden.

In beide gevallen stelt de kraamzorgorganisatie het aantal noodzakelijke uren zorg vast.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal 6 uur per bevalling of adoptie

Hier kunt u terecht

Bij een gediplomeerd kraamverzorgende of verpleegkundige.

Artikel 21. Borstkolf

Dit krijgt u vergoed

De (huur)kosten van een (elektrische) borstkolf.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 80,- eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Artikel 22. Eigen bijdrage kraamzorg

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

volledig

Artikel 23. Eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak

Dit krijgt u vergoed

De kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis of een geboortecentrum.

U krijgt het verschil vergoed tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

volledig

HUIDTHERAPIE

Artikel 24. Budget huidbehandelingen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor acnebehandeling, camouflagetherapie en ontharen zoals hierna beschreven in Artikel [24.1. Acnebehandeling](#), [24.2. Camouflagetherapie](#) en [24.3. Ontharen voor verzekerden vanaf 16 jaar](#).

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 250,- per kalenderjaar

Er geldt een maximum vergoeding van € 85,- per dag.

Voor camouflagetherapie vergoeden wij maximaal één behandeling per kalenderjaar.

24.1. Acnebehandeling

Dit krijgt u vergoed

De kosten van behandeling van ernstige vormen van acne in het gezicht in overeenstemming met het stroomschema van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten bij zorgprofiel 2 of hoger.

Dit krijgt u niet vergoed

Acne verzorgingsproducten voor thuisgebruik.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van de zorgverlener die u behandeld heeft, moeten op de nota staan.

Let op

Als uw behandelingen worden uitgevoerd in een kliniek waar meerdere zorgverleners werken, dan kan het zijn dat de nota op de AGB code van de kliniek wordt uitgeschreven. Dit is niet voldoende. Uit de nota moet blijken welke zorgverlener u behandeld heeft, daarom moeten zowel de persoonlijke AGB code als de naam van deze zorgverlener op de nota staan.

U kunt uw vordering op ons voor acnebehandeling niet overdragen aan de aangewezen zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

24.2. Camouflagetherapie**Dit krijgt u vergoed**

De kosten van maximaal één behandeling per kalenderjaar om bij ernstige (blijvende) ontsieringen in het gezicht, de littekens en huidaandoeningen met kleurafwijkingen minder opvallend te maken. Ook de benodigde middelen die tijdens de behandeling worden gebruikt krijgt u vergoed.

Dit krijgt u niet vergoed

Camouflage producten voor thuisgebruik.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van de zorgverlener die u behandeld heeft, moeten op de nota staan.

Let op

Als uw behandelingen worden uitgevoerd in een kliniek waar meerdere zorgverleners werken, dan kan het zijn dat de nota op de AGB code van de kliniek wordt uitgeschreven. Dit is niet voldoende. Uit de nota moet blijken welke zorgverlener u behandeld heeft, daarom moeten zowel de persoonlijke AGB code als de naam van deze zorgverlener op de nota staan.

U kunt uw vordering op ons voor camouflagetherapie niet overdragen aan de aangewezen zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

24.3. Ontharen voor verzekerden vanaf 16 jaar**Dit krijgt u vergoed**

De kosten van behandeling om extreme haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht definitief te verwijderen.

Dit krijgt u niet vergoed

Verzorgingsproducten voor thuisgebruik.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van de zorgverlener die u behandeld heeft, moeten op de nota staan.

Let op

Als uw behandelingen worden uitgevoerd in een kliniek waar meerdere zorgverleners werken, dan kan het zijn dat de nota op de AGB code van de kliniek wordt uitgeschreven. Dit is niet voldoende. Uit de nota moet blijken welke zorgverlener u behandeld heeft, daarom moeten zowel de persoonlijke AGB code als de naam van deze zorgverlener op de nota staan.

U kunt uw vordering op ons voor ontharen niet overdragen aan de aangewezen zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

HULPMIDDELEN

Artikel 25. Budget hulpmiddelen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor hulpmiddelen zoals hierna beschreven in Artikel [25.1. Batterijen hoorhulpmiddelen](#) t/m [25.8. Eigen bijdrage gezichtshulpmiddelen](#).

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 250,- per kalenderjaar

25.1. Batterijen hoorhulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van batterijen, losse oplaadbare batterijen en bijbehorende opladers voor hoorhulpmiddelen die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

25.2. Mammaprothese

Dit krijgt u vergoed

De kosten van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese-BH en een prothesebadpak die worden gebruikt na een borstamputatie. Ook schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips krijgt u vergoed. Wij vergoeden plakstrips ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

25.3. Pruik en mutssja's

Dit krijgt u vergoed

Het verschil tussen het bedrag dat de leverancier bij u in rekening brengt voor een pruik en de vergoeding die u daarvoor ontvangt vanuit de zorgverzekering. Als u een indicatie heeft voor een pruik, dan ontvangt u een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik en de kosten voor een mutssja. Wij vergoeden deze kosten ook als uw pruik en/ of mutssja geleverd worden door een zorgverlener in het buitenland.

25.4. Steunpessarium

Dit krijgt u vergoed

De kosten van het pessarium. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats. De kosten van het plaatsen van het pessarium door de huisarts worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Hier kunt u terecht

Huisarts.

25.5. Plaswekker van 6 tot 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De (huur)kosten van een plaswekker bij nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde broekjes en bandages. De vergoeding is eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering.

Hier kunt u terecht

Bij een leverancier van plaswekkers.

25.6. ADL-Hulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van ADL-Hulpmiddelen als u een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis heeft. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals bijvoorbeeld de kleine hulpmiddelen die nodig zijn om uzelf te kunnen wassen, aankleden en drogen, voor de toiletgang en kleine hulpmiddelen bij het koken en eten. Een volledige lijst met hulpmiddelen die wij vergoeden vindt u op onze website.

Hier kunt u terecht

Bij een leverancier van hulpmiddelen.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van de ergotherapeut, een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze zorgverlener beoordeelt welke ADL-Hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

25.7. Eigen bijdrage hoortoestellen

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor een hoortoestel en een tinnitusmaskeerder die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

25.8. Eigen bijdrage gezichtshulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen, filterglazen of contactlenzen die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Artikel 26. Eenvoudige loophulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van huur of aanschaf van krukken, looprek of drie- of vierpootwandelstok voor eigen gebruik.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 35,- per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een leverancier van hulpmiddelen.

VOETZORG

Artikel 27. Budget voetbehandelingen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor voetbehandelingen en voor podotherapie zoals hierna beschreven in Artikel [27.1. Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet](#) en [27.2. Podotherapie](#).

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 200,- per kalenderjaar

27.1. Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. voetbehandelingen voor verzekerden met reuma (reumatoïde artritis);
2. voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1. Dit zijn behandelingen om (pijn)klachten en wonden door huid- en nagelaandoeningen en/of door overmatige druk op voet of nagels te verminderen of te voorkomen. Uw podotherapeut of pedicure moet het zorgprofiel op de nota vermelden.

Zorgprofielen

Uitleg over zorgprofielen vindt u op onze website in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u heeft.

Dit krijgt u niet vergoed

De kosten van voetzorg voor diabetici met zorgprofiel 1 die niet in het behandelplan staat. Hieronder valt bijvoorbeeld het knippen van nagels en het verwijderen van eelt dat geen risico geeft op een wond, het masseren van voeten en andere verzorgende behandelingen.

Let op

Vanuit uw zorgverzekering heeft u recht op bepaalde voetzorg bij diabetes (diabetes mellitus). Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.

Hier kunt u terecht

Bij een:

1. podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici;
2. medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
3. pedicure met aantekening 'Reumatische voet' of 'Diabetes voet';
4. pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo;
5. pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

27.2. Podotherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van behandelingen van voetafwijkingen. Dit zijn: huid- en nagelaandoeningen, voetklachten of klachten aan het houdings- en bewegingssysteem door een afwijkend functioneren en/of afwijkende stand van de voeten.

Hier kunt u terecht

Bij een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

Artikel 28. Steunzolen en therapiezolen

Dit krijgt u vergoed

Het aanmeten en de kosten van steunzolen en therapiezolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U heeft ook recht op een tegemoetkoming in de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 125,- per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM). SEMH staat voor Stichting Erkenningsregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

Artikel 29. Eigen bijdrage schoeisel

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor orthopedisch of allergeenvrije schoeisel. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

volledig

VOEDINGSADVIES

Artikel 30. Diëtetiek

Dit krijgt u vergoed

De kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 3 behandelingen diëtetiek per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal 2 behandelingen per kalenderjaar

Uw zorgverlener declareert de behandeltijd in kwartieren.

Hier kunt u terecht

Bij een diëtist.

Let op

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

Artikel 31. Gewichtsconsulent

Dit krijgt u vergoed

De kosten van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 50,- per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een gewichtsconsulent die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN).

Op www.gewichtsconsulenten.nl kunt u een gewichtsconsulent bij u in de buurt zoeken.

VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 32. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. verblijf in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland, als uw minderjarig kind of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis. Voorbeelden van familiehuizen speciaal voor kinderen zijn de Ronald McDonaldhuizen en de Kiwanishuizen. Als uw minderjarig kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan kunt u naar het logeer- of familiehuis dat verbonden is aan het ziekenhuis;
2. verblijf in een logeerhuis als u 2 dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Het ziekenhuis bepaalt meestal of u in aanmerking komt voor verblijf in een familiehuis of logeerhuis.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 45,- per nacht

Artikel 33. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed

Dit krijgt u vergoed

De kosten van verblijf in het gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of het familiehuis Daniël den Hoed als u poliklinisch onder behandeling bent in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of Erasmus MC Kanker Instituut.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

volledig

Vanuit de zorgverzekering heeft u in bepaalde situaties recht op ziekenvervoer. Bent u tenminste 3 achtereenvolgende dagen aangewezen op dit vervoer, dan kunt u ook kiezen voor een vergoeding voor logeerkosten in plaats van een vergoeding voor vervoer.

PALLIATIEVE ZORG

Artikel 34. Hospice

Dit krijgt u vergoed

De kosten van verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 40,- per dag

Dit krijgt u niet vergoed

U krijgt geen vergoeding voor verblijfkosten uit de aanvullende verzekering als u Eerstelijnsverblijf (ELV) ontvangt. De verblijfkosten voor ELV worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Vind een aangesloten hospice of Bijna-Thuis-Huis op de website van Netwerk Palliatieve Zorg.

ZORG EN VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 35. Herstellingsoorden en zorghotels

Dit krijgt u vergoed

Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel als:

1. het aansluit op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum, na afronding van uw behandelingen;
2. uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of burn-out.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 100,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Het verblijf vraagt u aan bij onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website. Onze zorgadviseur bespreekt met u of u aanspraak kunt maken op eerstelijnsverblijf vanuit de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Wet langdurige zorg (Wlz) en verwijst u mogelijk naar een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van een huisarts of medisch specialist bij herstel van (mentale) overbelasting of burn-out (zoals beschreven onder Dit krijgt u vergoed, punt 3).

Mantelzorg

De voorwaarden voor vergoeding voor de inzet van een mantelzorgmakelaar leest u hier en gelden voor het Artikel [36. Mantelzorgmakelaar](#).

Mantelzorger

Bent u mantelzorger? Dan geven wij een tijdelijke vergoeding van noodzakelijke ondersteuning om te voorkomen dat u als mantelzorger overbelast raakt en uitvalt, en zodat u in de gelegenheid bent hulp in te schakelen bijvoorbeeld via de afdeling Wmo van uw gemeente of bij het CIZ voor een Wlz-aanvraag.

Vergoeding is mogelijk als u mantelzorger bent en voldoet aan de volgende criteria

- U zorgt onbetaald voor een naaste (bijvoorbeeld familielid, vriend(in), buur of kennis).
- U zorgt 8 uur of meer per week voor uw naaste.
- Uw naaste heeft langer dan 3 maanden intensieve of langdurige verzorging nodig.
- Diegene aan wie u mantelzorg verleent heeft een gezondheidsbeperking (lichamelijke en / of psychische problemen) waardoor of waarbij mantelzorg noodzakelijk is. Of is hulpbehoevend waarbij de zorg verder gaat dan de gebruikelijke zorg en waardoor of waarbij mantelzorg noodzakelijk is.
- De zorg bestaat uit verzorging of hulp bij dagelijkse activiteiten.

Vergoeding is niet mogelijk als

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

Is er in deze gevallen wel behoefte aan een verruiming van de zorg? Geef dat dan aan bij de organisatie die de indicatie heeft gesteld.

Stel uw vraag over mantelzorg aan ons

Of u nu mantelzorger bent of mantelzorg ontvangt, u kunt met uw vragen terecht bij onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Onze zorgadviseurs informeren en adviseren u over mantelzorg. Zij zijn op de hoogte van de regelgeving en weten waar u terecht kunt voor hulp.

Artikel 36. Mantelzorgmakelaar

Dit krijgt u vergoed

Een mantelzorgmakelaar zorgt tijdelijk voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar ondersteunt en begeleidt de mantelzorger bij regeltaken rond zorg, welzijn of financiën om te voorkomen dat de mantelzorger overbelast raakt. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren voor mantelzorgondersteuning vast.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 250,- voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

De vergoeding geldt voor u als mantelzorger. Er kan één mantelzorger per zorgvrager (zorgsituatie) aanspraak maken op de vergoeding.

Hier kunt u terecht

Bij een zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM). U vraagt een mantelzorgmakelaar aan bij onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling via onze website. Onze zorgadviseurs beoordelen of u in aanmerking komt.

PATIËNTENVERENIGING EN ORGANISATIE

Artikel 37. Lidmaatschap

Dit krijgt u vergoed

De kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Patiënten Federatie Nederland of koepelorganisatie leder(in) of het lidmaatschap van een door ons aangewezen organisatie. We vergoeden één lidmaatschap per jaar.

Een overzicht van de door ons aangewezen organisaties vindt u op onze website.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 25,- per kalenderjaar

Dit moet u zelf regelen

Om de kosten vergoed te kunnen krijgen, stuurt u ons (een kopie van) het bewijs van inschrijving of het betalingsbewijs mee.

Let op

Vergoeding lidmaatschap

Om uw declaratie soepel te kunnen verwerken, moet de volgende informatie duidelijk op (de kopie van) het bewijs van inschrijving of betalingsbewijs vermeld staan.

- Naam van de patiëntenvereniging of de door ons aangewezen organisatie.
- Uw lidmaatschapsnummer bij de patiëntenvereniging of de door ons aangewezen organisatie.
- Uw klantnummer van uw zorgverzekering bij ons, uw naam en geboortedatum.
Uw klantnummer en geboortedatum mag u zelf toevoegen op (de kopie van) het bewijs van inschrijving of betalingsbewijs als deze informatie hierop ontbreekt.
- De looptijd van het lidmaatschap (periode en jaar).
- Het bedrag van het lidmaatschap dat u heeft betaald.

Het is belangrijk dat deze informatie duidelijk op het bewijs van inschrijving of betalingsbewijs staat. Soms staat de informatie op de rekening van uw lidmaatschap. Stuur in dat geval ook de rekening mee.

MONDZORG

Artikel 38. Tandheelkundige zorg

U krijgt 1 budget dat u kunt inzetten voor de tandheelkundige zorg in:

- Artikel [38.1. Periodieke controle en incidenteel consult](#)
- Artikel [38.2. Algemene tandheelkundige zorg](#)
- Artikel [38.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen](#)

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

U ontvangt maximaal de vergoeding zoals deze is opgenomen in de NZa tarievenlijst voor de betreffende behandeling.

De zorgverzekering vergoedt de meeste tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Wilt u weten welke zorg dat precies is? Kijk dan in de voorwaarden van uw zorgverzekering. Deze zorg vergoeden wij dan ook niet vanuit de aanvullende verzekering. Ook niet als een machtigingsaanvraag voor de zorgverzekering wordt afgewezen.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

maximaal € 500,- per kalenderjaar

38.1. Periodieke controle en incidenteel consult**Dit krijgt u vergoed**

- Consult voor een periodieke controle (C002)
- Incidenteel consult (C003).

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

38.2. Algemene tandheelkundige zorg**Dit krijgt u vergoed**

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consult voor een intake en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed

- A30 (voorbereiding algehele narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 (uitwendig bleken)
- V15 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

38.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

Dit krijgt u vergoed

- Tandvleesbehandelingen (T-codes)
- Kronen en bruggen (R-codes)
- Implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes)
- Gedeeltelijke protheses (P-codes).

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed

R79 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

Artikel 39. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De kosten van orthodontische zorg.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

75% tot maximaal € 1.000,- voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

Artikel 40. Eigen bijdrage kunstgebit

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknopen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

Extra ZEKUR Zorg (indien verzekerd)

volledig

III. Vergoedingen Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie, Aanvullend ZEKUR Buitenland, Aanvullend ZEKUR Tand,

Omvang van de dekking

Als u Aanvullend ZEKUR Tand, Aanvullend ZEKUR Fysiotherapie en/of Aanvullend ZEKUR Buitenland heeft afgesloten, kunt u aanspraak maken op vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in artikel [41. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie](#) tot en met artikel [45. Eigen bijdrage kunstgebit](#). De vergoeding vindt u onderaan het artikel.

FYSIOTHERAPIE

Artikel 41. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. Fysiotherapie
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck
3. Oedeemtherapie
4. Littekentherapie
5. Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Aanvullend ZEKUR Fysio (indien verzekerd)

maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar

Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering.

Dit krijgt u niet vergoed

- Arbocuratieve zorg en re-integratietrajecten;
- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining;
- Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport.

Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut. Voor gespecialiseerde fysiotherapie kunt u terecht bij een bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, kinderfysiotherapeut of manueel therapeut.
2. Oefentherapie: bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Voor gespecialiseerde oefentherapie kunt u terecht bij een bekkenoefentherapeut, geriatrie-oefentherapeut, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut.
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.
4. Littekentherapie: bij een huidtherapeut.
5. Hand- of vingerspalk: bij een fysiotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL).

De kosten voor gespecialiseerde therapie krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een therapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde (deel)register van het:

- Individueel Register Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF);
- Subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie hebben wij alleen contracten met zorgverleners die voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep.

Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Gaat u naar een zorgverlener die niet is aangesloten bij ParkinsonNet, dan ontvangt u een lagere vergoeding. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg of gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgverlener in het buitenland, die vergelijkbare zorg levert? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen' en 'Lijst maximale vergoedingen buitenland' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

BUITENLAND

Artikel 42. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Onze alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Aanvullend ZEKUR Buitenland (indien verzekerd)

volledig

Dit krijgt u niet vergoed

1. Kosten voor niet-spoedeisende zorg of zorg die kan worden uitgesteld tot u terug bent in Nederland
2. Kosten van een ziekenhuisopname en/of kosten van een langdurige medische behandeling als u geen voorafgaand contact met onze alarmcentrale heeft opgenomen of laten opnemen
3. Kosten die u op grond van de wet niet zou hoeven te betalen of kosten die niet in rekening gebracht zouden zijn als er geen dekking zou zijn op basis van deze verzekering
4. Kosten van zorg die niet redelijk en noodzakelijk zijn.

Dit moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u onze alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de ZEKUR Zorg app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat 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.

Artikel 43. Repatriëring

Dit krijgt u vergoed

Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van:

- vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer
- (medisch) noodzakelijke begeleiding
- noodzakelijke communicatie
- het brengen en/of toesturen van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn

De alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

Aanvullend ZEKUR Buitenland (indien verzekerd)

volledig

Dit krijgt u niet vergoed

Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Hier kunt u terecht

Bij onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB. Verzorgt onze alarmcentrale de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de ZEKUR Zorg app, op uw zorgpas of op onze website.

MONDZORG

Artikel 44. Tandheelkundige zorg

U krijgt 1 budget dat u kunt inzetten voor de tandheelkundige zorg in:

- Artikel [44.1. Periodieke controle en incidenteel consult](#)
- Artikel [44.2. Algemene tandheelkundige zorg](#)
- Artikel [44.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvlesbehandelingen](#)

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

U ontvangt maximaal de vergoeding zoals deze is opgenomen in de NZa tarievenlijst voor de betreffende behandeling.

De zorgverzekering vergoedt de meeste tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Wilt u weten welke zorg dat precies is? Kijk dan in de voorwaarden van uw zorgverzekering. Deze zorg vergoeden wij dan ook niet vanuit de aanvullende verzekering. Ook niet als een machtigingsaanvraag voor de zorgverzekering wordt afgewezen.

Aanvullend ZEKUR Tand (indien verzekerd)

maximaal € 250,- per kalenderjaar

44.1. Periodieke controle en incidenteel consult

Dit krijgt u vergoed

- Consult voor een periodieke controle (C002)
- Incidenteel consult (C003).

Aanvullend ZEKUR Tand (indien verzekerd)

100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

44.2. Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consult voor een intake en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

Aanvullend ZEKUR Tand (indien verzekerd)

75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed

- A30 (voorbereiding algehele narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 (uitwendig bleken)
- V15 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

44.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvlesbehandelingen**Dit krijgt u vergoed**

- Tandvlesbehandelingen (T-codes)
- Kronen en bruggen (R-codes)
- Implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes)
- Gedeeltelijke protheses (P-codes).

Aanvullend ZEKUR Tand (indien verzekerd)

75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed

R79 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

Artikel 45. Eigen bijdrage kunstgebit**Dit krijgt u vergoed**

De wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknoppen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

Aanvullend ZEKUR Tand (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.

Arbocuratieve zorg: zorg die gericht is op genezing en behandeling van lichamelijke aandoeningen die te maken hebben met werk.

Beëdigd vertaler: dit is een vertaler die bevoegd is om gewaarmerkte vertalingen te maken. Dit is nodig bij de vertaling van officiële documenten zoals medische verklaringen en documenten van de burgerlijke stand. Beëdigde vertalers staan in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), www.bureauwbtv.nl.

Chiropractie: benadrukt de wisselwerking tussen het zenuwstelsel (hersenen, ruggenmerg en zenuwen) en het bewegingsapparaat en daarmee samenhangende klachten. In Nederland is chiropractor een vrij beroep.

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 deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Craniosacraaltherapie: de Amerikaanse arts John E. Upledger heeft deze therapie in de jaren zeventig bedacht. Hij ging ervan uit dat veel ziektes ontstaan door een afwijking in het bindweefsel en door de wisselende druk in het hersenvocht die kan ontstaan door blokkades. Het is onduidelijk waarop dit precies gebaseerd is. Bij de behandeling manipuleert de therapeut vaak aan de hals en wervelkolom. Kranion betekent schedel, sacrum is het heiligbeen.

Diagnose-behandelcombinatie (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. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen.

Dixhoorn, ontspannings- en ademhalingstherapie: de methode van Dixhoorn gaat uit van het behandelen van spanningsklachten. De ademhaling staat centraal.

Ergotherapeut: een ergotherapeut adviseert en traint mensen die moeilijkheden hebben met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Bijvoorbeeld omdat ze dement zijn of niet-aangeboren hersenletsel hebben.

Extracties: het trekken of verwijderen van een tand of kies.

Filterglazen: dit zijn speciale glazen met een filter. Zo heeft een zonnebril een UV-filter. Er bestaan ook hele speciale filterglazen voor medische toepassingen.

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: instelling waar u kunt bevallen onder verantwoordelijkheid van een verloskundige. Vaak kunt u in een geboortecentrum ook kraamzorg ontvangen. Een geboortecentrum is in een ziekenhuis. Of dicht bij een ziekenhuis. Het ziekenhuis is bereikbaar via een overdekte toegang (een 'droge' verbinding).

Geneesmiddelenvergoedingssysteem: hierin staan alle geregistreerde geneesmiddelen die zorgverzekeraars vanuit de zorgverzekering vergoeden.

Haptotherapie: leert u ontdekken wat u voelt. De haptotherapeut moet een hbo-opleiding hebben afgerond. Dit is een officiële zorgverlener die is aangesloten bij de beroepsvereniging VVH.

Honorarium: salaris.

Hoorhulpmiddelen: dit zijn hulpmiddelen die u helpen als u slecht hoort. Denk aan een gehoorapparaat of een apparaat dat suizen vermindert.

Implantologie: tandheelkunde die tot doel heeft een of meerdere tanden te vervangen door tandimplantaten. Implantaten zijn kunstmatige wortels die in het bot geplaatst worden, deze worden na het plaatsen voorzien van bijvoorbeeld een kroon.

Instelling:

1. Een instelling in de zin van de Wet toetreding zorgaanbieders;
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. Kijk op [ZEKUR.nl](https://www.zekur.nl) voor meer informatie.

Mammaprothese: een uitwendig hulpmiddel dat de borst volledig of gedeeltelijk vervangt.

Mesostructuur: een constructie, die zich tussen implantaten (of natuurlijke tanden en kiezen) en het kunstgebit bevindt. Deze structuur kan bestaan uit drukknoppen of magneten op implantaten of uit een staafconstructie waarmee de implantaten met elkaar verbonden zijn.

Mijn ZEKUR Zorg en de ZEKUR Zorg App: persoonlijke online omgeving om verzekeringsgegevens in te zien en te wijzigen.

Musculoskeletale geneeskunde: geneeskunde die vooral gericht is op klachten die te maken hebben met bewegen en houding. De therapeut manipuleert de stand van bijvoorbeeld het bekken of de wervels. Zo kan deze de stand van deze botten 'aanpassen' en de klachten misschien verhelpen.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck: de oefentherapeut is specialist in het aanleren van gezond beweeggedrag. Gericht op het behandelen en voorkomen van klachten die kunnen ontstaan door een verkeerde houding en beweging tijdens dagelijkse activiteiten.

Ongeval: een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Osteopathie: is een alternatieve geneeswijze, die er van uitgaat dat een verminderde beweeglijkheid van weefsels en structuren in het lichaam een nadelige invloed op de gezondheid heeft. Met corrigerende handgrepen wordt de oorzaak van de klachten aangepakt.

Podotherapeut: behandelt mensen met voet-, rug- of knieklachten.

Polisblad: document waarop staat waarvoor en hoe u verzekerd bent.

Re-integratie: het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces.

Schriftelijk: betekent in deze verzekeringsvoorwaarden op papier maar ook per e-mail.

Sedatie: verdoving.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg. Deze toestemming krijgt u van ons of namens ons. U moet de toestemming aanvragen voordat u die bepaalde zorg afneemt.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

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 voor wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met de zorgverzekeraar 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.

Wettelijke eigen bijdrage: u betaalt soms een deel van de zorg zelf, bijvoorbeeld bij een kunstgebit of hoortoestel. De overheid bepaalt hoe hoog de eigen bijdrage is en waarvoor u deze bijdrage betaalt.

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

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg. Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorghotel: een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

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

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.

Algemene voorwaarden

versie 4

Wij vinden het belangrijk dat je precies weet wat je kunt verwachten als je bij ons verzekerd bent. In deze voorwaarden staan afspraken tussen jou en ons. Er staat ook in wat er gebeurt als één van ons een afspraak niet nakomt. Zo weet je precies waar je aan toe bent.

Deze voorwaarden gelden samen met onze productvoorwaarden. In de productvoorwaarden van de verzekering lees je waar je voor verzekerd bent. En waarvoor niet. Welke versie van de productvoorwaarden voor jou geldt, staat op je polis.

Uitleg begrippen

In deze voorwaarden bedoelen we met '**je**' en '**jou**': de verzekeringnemer of de *verzekerden*. Deze staan op de *polis* of in de productvoorwaarden.

In deze voorwaarden bedoelen wij met '**we**', '**wij**', '**ons**' en '**onze**': de *Univé verzekeraar(s)* bij wie je de verzekering of verzekeringen hebt afgesloten. Op de *polis* staat de naam van de verzekeraar.

Uitleg van de schuingedrukte woorden lees je bij 'Wat bedoelen wij met...?'.

Deze Algemene Voorwaarden gelden alleen voor de Voorwaarden ZEKUR Doorlopende Reis- en Annuleringsverzekering.

De Reis- en annuleringsverzekering wordt uitgevoerd door N.V. Univé Schade. Schade of diefstal melden? Dit kan 24/7 online via [ZEKUR.nl/klantenservice/schade-melden](https://zekur.nl/klantenservice/schade-melden).

Inhoud

Hoofdstuk 1. Een verzekering afsluiten	5
1.1 De regionale Univé is je tussenpersoon	5
1.2 Je verzekeringspakket	5
1.3 Communicatie	5
1.4 Je wordt automatisch lid	5
Hoofdstuk 2. De verzekeringsovereenkomst	6
2.1 Waaruit bestaat de verzekeringsovereenkomst?	6
2.2 In welke volgorde gebruiken wij de voorwaarden?	6
2.3 Welk recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst?	6
Hoofdstuk 3. Begin en einde van de verzekering	7
3.1 Wanneer begint je verzekering?	7
3.2 Hoe lang duurt je verzekering?	7
3.3 Wanneer kun je een verzekering opzeggen?	7
3.4 Wanneer kunnen wij je verzekering stoppen?	7
Hoofdstuk 4. Niet verzekerd	9
4.1 Wat is niet verzekerd?	9
Hoofdstuk 5. Schade door terrorisme	11
Hoofdstuk 6. Premie voor je verzekering	12
6.1 Wanneer betaal je de premie?	12
6.2 Wat gebeurt er als je de eerste premie niet betaalt?	12
6.3 Wat gebeurt er als je de vervolgpremie niet betaalt?	12
Hoofdstuk 7. Informatie en wijzigingen	13
7.1 Welke informatie moet je altijd aan ons doorgeven?	13
7.2 Wat gebeurt er als je ons niet alle of onjuiste informatie geeft?	13
7.3 Wanneer kunnen wij de premie en voorwaarden wijzigen?	14
7.4 Welk adres gebruiken wij voor informatie over wijzigingen?	14
Hoofdstuk 8. Bij schade	14
8.1 Wat zijn je plichten als je schade hebt?	15
8.2 Wat gebeurt er als je je niet houdt aan de plichten bij schade?	15
8.3 Hoe lang kun je nog reageren als wij een schade niet vergoeden?	15

Hoofdstuk 9. Privacy	16
9.1 Wat doen wij met jouw gegevens?	16
9.2 Gebeurtenissenadministratie en Intern Verwijzingsregister	16
9.3 Incidentenregister en Extern Verwijzingsregister	16
9.4 Uitwisseling gegevens met andere verzekeraars en financiële instellingen	16
Hoofdstuk 10. Klachten	17
10.1 Wat kun je doen als je een klacht hebt?	17
10.2 Wat als je niet tevreden bent over de behandeling van je klacht?	17
Wat bedoelen wij met ...?	18

Hoofdstuk 1. Een verzekering afsluiten

1.1 De regionale Univé is je tussenpersoon

De regionale Univé staat als bemiddelaar op de *polis*.

1.2 Je verzekeringspakket

Als je een verzekering afsluit, wordt deze meestal onderdeel van een pakket. Een pakket bestaat uit 1 of meer verzekeringen. Een pakket kan uit verzekeringen van verschillende *Univé verzekeraars* bestaan. Je ontvangt van ons een pakketoverzicht. Hierop staan de verzekeringen die bij het pakket horen.

Heb je meerdere verzekeringen in je pakket? Dan kun je korting krijgen op de premie. Dit noemen wij pakketkorting. Meer informatie over de inhoud en hoogte van de pakketkorting lees je op unive.nl/pakketkorting.

Ben je lid van een organisatie of werk je voor een werkgever met wie wij een collectief contract hebben? Dan kun je collectief voordeel krijgen in de vorm van korting op je premie. Ben je geen lid meer of werk je niet meer bij deze werkgever? Dan stopt de korting op je premie direct.

Ieder jaar kijken wij op de verlengingsdatum of wij de het collectief voordeel laten doorlopen, wijzigen of stoppen. Wijzigen wij het collectief voordeel of beëindigen wij het contract? Dan stopt de korting op je premie vanaf het moment dat wij de *verzekeringsperiode* verlengen.

1.3 Communicatie

Heb je vragen over je verzekeringspakket of over een schade? Houd er dan rekening mee dat wij alleen in het Nederlands met je communiceren.

1.4 Je wordt automatisch lid

Sluit je een verzekering af bij N.V. Univé Schade? Dan word je automatisch lid van de Coöperatie Univé U.A. Meer informatie over je lidmaatschap vind je op onze website unive.nl/overunive/lidmaatschap.

Sluit je een verzekering af bij een regionale Univé Brandverzekeraar? Dan word je automatisch lid van de betreffende Brandverzekeraar of coöperatie. Meer informatie over je lidmaatschap kun je opvragen bij je regionale Univé.

Hoofdstuk 2. De verzekeringsovereenkomst

Dit is de overeenkomst die je met ons sluit. Je betaalt premie aan ons. Wij vergoeden aan jou of aan anderen *schade* die onder de verzekering valt. Zo ben je verzekerd voor de gevolgen van onzekere gebeurtenissen die zich in het dagelijks leven kunnen voordoen. Een onzekere gebeurtenis is een plotselinge gebeurtenis waarvan niet vaststaat of en wanneer deze plaatsvindt.

2.1 Waaruit bestaat de verzekeringsovereenkomst?

- De *polis* en de *clausules* die op de *polis* staan.
- De productvoorwaarden van de verzekering die je hebt afgesloten.
- Deze algemene voorwaarden.
- Alle informatie die je ons geeft bij het afsluiten van de verzekering of bij wijzigingen. Wij gaan ervan uit dat de informatie juist en volledig is.

2.2 In welke volgorde gebruiken wij de voorwaarden?

De voorwaarden van je verzekering staan in 3 documenten:

- Alle informatie en *clausules* die op de *polis* staan.
- De productvoorwaarden van de verzekering die je hebt afgesloten.
- Deze algemene voorwaarden.

Het kan gebeuren dat deze documenten elkaar tegenspreken. In dat geval volgen we de volgende regels:

- Staat er informatie in de *clausules* en op de *polis* die tegenstrijdig is met de productvoorwaarden of de algemene voorwaarden? Dan geldt de informatie op de *polis* met de *clausules*.
- Staat er informatie in de productvoorwaarden die tegenstrijdig is met de algemene voorwaarden? Dan gelden de productvoorwaarden.

2.3 Welk recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst?

Voor de verzekeringsovereenkomst geldt het Nederlands recht.

Hoofdstuk 3. Begin en einde van de verzekering

3.1 Wanneer begint je verzekering?

Je krijgt van ons bericht dat wij je verzekeren. Op de *polis* staat vanaf welk moment je verzekerd bent.

3.1.1 Soms krijg je eerst een voorlopige dekking

Als je een voorlopige dekking krijgt, ben je voorlopig verzekerd vanaf de aangevraagde ingangsdatum en tijdstip. Na je aanvraag volgt onze beoordeling. Hier krijg je een bericht over. Soms vragen wij jou om meer informatie. Als je dit niet binnen 14 dagen aan ons levert, stoppen wij hierna de voorlopige dekking. Kunnen wij je verzekeren? Dan gaat de voorlopige dekking over in een definitieve dekking. Kunnen wij je niet verzekeren? Dan leggen wij uit waarom. De voorlopige dekking stopt in dat geval op de datum waarop wij jou het bericht sturen. Wij kunnen de voorlopige dekking ook per ingangsdatum en tijdstip stoppen. Dat doen we bijvoorbeeld als je op een *sanctielijst* staat. De verzekering heeft dan nooit bestaan.

3.2 Hoe lang duurt je verzekering?

Je sluit een verzekering af voor maximaal 1 jaar. Dit is de eerste *verzekeringsperiode*. Wij verlengen de verzekering daarna elk jaar automatisch met 1 jaar.

3.3 Wanneer kun je een verzekering opzeggen?

In de Aanvullende Verzekeringsvoorwaarden ZEKUR lees je wanneer je deze verzekering mag opzeggen.

3.4 Wanneer kunnen wij je verzekering stoppen?

In een aantal situaties kunnen wij je verzekering stoppen. Dat zijn de volgende situaties.

3.4.1 Aan het einde van de verzekeringsperiode kunnen wij je verzekering altijd stoppen

Wij zeggen de verzekering dan minimaal 2 maanden van tevoren op.

3.4.2 Als het verzekerde risico wijzigt en wij willen of kunnen dit niet verzekeren

Wij kunnen je verzekering stopzetten als het verzekerde risico wijzigt. Bijvoorbeeld:

- als je een ander huis koopt of een andere auto;
- als je beroep of bedrijfsactiviteiten veranderen;
- als je niet meewerkt aan het beoordelen van het risico of je verzekerings- en schadeverleden;
- als sprake is van (voorbereiding op) criminele en strafbare feiten.

Wij stoppen de verzekering dan vanaf het moment van de wijziging. Wij brengen je direct op de hoogte. Heb je te veel premie betaald? Dan krijg je die terug.

3.4.3 Als je je premie niet op tijd betaalt

In hoofdstuk 6 lees je hier meer over.

3.4.4 Als je bovenmatig veel schade claimt

En wij hebben jou hiervan op de hoogte gebracht. Wij onderzoeken dan wat de oorzaken van de schades zijn.

En we bekijken of je schade in de toekomst kunt voorkomen. Ook kunnen wij andere maatregelen treffen, zoals het opnemen van een extra verplicht eigen risico. Of jou voor bepaalde situaties niet meer verzekeren. Dit lees je in 7.3.4.

Als wij de verzekering stoppen, gebeurt dat 2 maanden na aankondiging daarvan. Heb je te veel premie betaald? Dan krijg je die terug.

3.4.5 Naar aanleiding van een schade

Wij kunnen de verzekering stoppen naar aanleiding van een schade die je gemeld hebt. Bijvoorbeeld:

- als je onder invloed van alcohol, drugs, medicijnen of andere (bedwelmende) stoffen schade hebt veroorzaakt;
- als er sprake is van opzet. In 4.1.5 lees je wat wij met opzet bedoelen.

Wij beslissen binnen 1 maand na de *schadevergoeding* of afwijzing van de schade of wij de verzekering stopzetten. Wij zeggen de verzekering minimaal 2 maanden van tevoren op. Heb je te veel premie betaald? Dan krijg je die terug.

3.4.6 Als je onjuiste of onvolledige informatie hebt gegeven bij afsluiten van de verzekering

Wanneer je ons onjuiste of onvolledige informatie verstrekt bij het afsluiten van de verzekering. En als wij op basis van juiste of volledige informatie de verzekering niet hadden geaccepteerd. Of wanneer je ons onjuiste of onvolledige informatie hebt gegeven om ons opzettelijk te misleiden. Wij kunnen je verzekering in beide gevallen direct stopzetten. Je krijgt geen premie terug als het om opzettelijke misleiding gaat.

3.4.7 Als er sprake is van een vertrouwensbreuk

Is je gedrag voor ons reden om geen vertrouwen meer te hebben in het voortzetten van de verzekering? Dan kunnen wij deze verzekering stopzetten. Als wij de verzekering stoppen, gebeurt dat 2 maanden na de aankondiging.

Is het vertrouwen zodanig beschadigd, dat ook niet van ons kan worden verwacht dat wij je andere verzekeringen voortzetten? Dan zetten wij ook je andere verzekeringen stop. Dit doen wij dan aan het einde van de *verzekeringsperiode*.

3.4.8 Als je fraude pleegt

Wij kunnen al je verzekeringen direct stopzetten als wij *fraude* ontdekken. Je krijgt geen premie terug. Daarnaast:

- moet je de kosten van het onderzoek naar de *fraude* aan ons terugbetalen;
- kan SODA jou een schadevergoeding laten betalen. Meer hierover lees je op so-da.nl;
- kunnen wij je persoonsgegevens opnemen in onze eigen database en in landelijke registers. Meer hierover lees je in onze privacyverklaring op unive.nl/privacy.

3.4.9 Als je onze medewerkers ongewenst behandelt of onze eigendommen beschadigt

Als je onze medewerkers ongewenst behandelt of onze eigendommen beschadigt, kunnen wij al je verzekeringen direct stopzetten. Bijvoorbeeld: als je gewelddadig bent, bedreigt of intimideert. Je krijgt geen premie terug.

3.4.10 Als je op een sanctielijst staat

Sta je op een *sanctielijst*? Dan is het voor ons verboden om jou te verzekeren. Dit staat in nationale en internationale (sanctie) regels. Zodra wij vaststellen dat je op een *sanctielijst* staat, stoppen wij al je verzekeringen. De verzekeringen stoppen vanaf de datum waarop je op een *sanctielijst* bent gezet. Je krijgt geen premie terug.

Hoofdstuk 4. Niet verzekerd

4.1 Wat is niet verzekerd?

Schade door of in verband met de onderstaande situaties is niet verzekerd. Dit geldt voor alle verzekeringen bij de *Univé verzekeraars*. Er kunnen daarnaast ook andere situaties zijn waarin schade niet verzekerd is. Deze lees je in de productvoorwaarden van de verzekering zelf.

4.1.1 Molest

Met molest bedoelen wij:

- een gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of de een de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een vredesmacht van de Verenigde Naties;
- een burgeroorlog: een grootschalige gewapende strijd tussen groepen inwoners van eenzelfde staat;
- een opstand: georganiseerd grootschalig gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
- binnenlandse onlusten: grootschalige gewelddadige handelingen die zich op verschillende plaatsen binnen een staat voordoen;
- oproer: een plaatselijk grootschalig en gewelddadig optreden van een groep mensen, gericht tegen het openbaar gezag van een staat;
- muiterij: een min of meer georganiseerde grootschalige beweging van leden van een gewapende macht, gericht tegen het gezag waar zij onder gesteld zijn. Onder gezag wordt niet alleen het Nederlandse gezag verstaan maar ook het gezag vanuit de Europese Unie, de NAVO of de Verenigde Naties.

Wij volgen hiermee de omschrijving van het Verbond van Verzekeraars (gedeponeerd 14 juli 2023, nummer 25/2023 bij de rechtbank in Den Haag).

Molest kan ook plaatsvinden in of vanuit de digitale ruimte, met middelen die vooral uit de informatietechnologie komen. Zoals computers, netwerken, tablets en smartphones.

4.1.2 Atoomkernreacties

Een atoomkernreactie is iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt. Bijvoorbeeld een kernfusie of radioactiviteit. Het maakt daarbij niet uit hoe of waar die reactie is ontstaan.

4.1.3 Aardbeving, vulkanische uitbarsting of overstroming

Een aardbeving is een trilling of een schokkende beweging van de aardkorst. Dit is de buitenste laag van de aarde. Met vulkanische uitbarsting bedoelen we as, lava en stenen, die uit een gat in de aardkorst naar boven komen.

Met overstroming bedoelen wij het bezwijken, overlopen of falen van dijken, kaden, sluizen of andere waterkeringen.

Voor zowel de aardbeving, de vulkanische uitbarsting als de overstroming maakt het niet uit of deze verschijnselen door of in verband met de natuur of menselijk handelen zijn ontstaan.

4.1.4 Je pleegt fraude

Wij vergoeden geen schade als je *fraudeert*. Heb je *gefraudeerd* met schade en hebben wij deze schade vergoed? Dan moet je deze aan ons terugbetalen. Daarnaast:

- kunnen wij al je verzekeringen direct stopzetten als wij *fraude* ontdekken. Je krijgt geen premie terug;
- moet je de kosten van het onderzoek naar de *fraude* aan ons terugbetalen;
- kan SODA je een schadevergoeding laten betalen. Meer hierover lees je op so-da.nl;
- kunnen wij je persoonsgegevens opnemen in onze eigen database en in landelijke registers. Meer hierover lees je in onze privacyverklaring op unive.nl/privacy.

4.1.5 Opzet

Wij vergoeden geen schade als je in strijd met het recht met opzet iets doet of niet doet waardoor schade ontstaat. De in feite toegebrachte schade is hierbij een te verwachten of normaal gevolg van wat je doet of niet doet. Heb je geen dekking? Dan heb je dat ook niet voor de schade die mogelijk later nog ontstaat.

De uitsluiting geldt als je je maatschappelijk ongewenst of crimineel gedraagt. Dat is in ieder geval zo bij gedragingen die een gevaar voor personen of zaken kunnen opleveren, zoals:

- brandstichting, vernieling en beschadiging;
- afpersing, bedrog, oplichting, bedreiging, beroving, verduistering, diefstal en inbraak. Ook als je dat met een computer of ander (technisch) hulpmiddel doet;
- geweldpleging, mishandeling, doodslag en moord.

Er is sprake van opzet, als je iets doet of niet doet waarbij je:

- de bedoeling hebt schade te veroorzaken (opzet als oogmerk);
- niet de bedoeling hebt schade te veroorzaken, maar je zeker weet dat er schade ontstaat (opzet met zekerheidsbewustzijn);
- niet de bedoeling hebt schade te veroorzaken, maar je de aanmerkelijke kans dat er schade ontstaat voor lief neemt. En toch handel je (niet) zo (voorwaardelijk opzet).

Opzet wordt objectief uit de feiten, omstandigheden en/of je gedragingen afgeleid.

Deze opzetuitsluiting geldt ook:

- bij groepsaansprakelijkheid: als je niet zelf maar wel iemand in een groep waarvan je deel uitmaakt iets doet of niet doet;
- bij alcohol en drugs: als je zoveel alcohol, drugs of andere (bedwelmende) stoffen hebt gebruikt dat je je eigen wil niet meer kon bepalen;
- als iemand in een groep waarvan je deel uitmaakt zoveel alcohol, drugs of andere (bedwelmende) stoffen heeft gebruikt, dat hij of zij de eigen wil niet meer kon bepalen.

Onder het ontstaan van schade verstaan we ook het ontstaan van een conflict of het ontstaan van een situatie waardoor behoefte aan rechtsbijstand ontstaat.

Wij kunnen de verzekering ook stoppen als er sprake is van opzet. Dat lees je in 3.4.5.

4.1.6 Je staat op een sanctielijst

Wij vergoeden geen schade als je op een *sanctielijst* staat. In dat geval is het verboden voor ons om jou te verzekeren. Dit staat in nationale en internationale (sanctie)regels. Zodra wij vaststellen dat je op een *sanctielijst* staat, stoppen wij al je verzekeringen. De verzekeringen stoppen vanaf de datum waarop je op een *sanctielijst* bent gezet. Je krijgt geen premie terug.

Hoofdstuk 5. Schade door terrorisme

Schade door *terrorisme* is verzekerd onder de volgende voorwaarden:

- De soort schade moet verzekerd zijn op een verzekering die je bij ons heeft afgesloten.
- De dekking is volgens het clauseblad NHT. Ziet de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden) een bepaalde gebeurtenis als *terrorisme*? Dan volgen wij dat oordeel.
- De NHT gebruikt een drempelbedrag en een maximum. Blijft het bedrag van de schade onder dit drempelbedrag? Dan keren wij jouw schade uit. Komt het bedrag van de schade boven het drempelbedrag? Dan bepalen we samen met de NHT hoe hoog jouw uitkering wordt. Wij kunnen vooraf niet aangeven hoe hoog jouw *schadevergoeding* is. Komt het bedrag van de schade boven het maximum van de NHT? Dan stelt de NHT een uitkeringspercentage vast. Jouw schade wordt dan niet volledig vergoed.

Bij *cyberterrorisme* is de schade niet verzekerd. Jouw schade wordt dan niet vergoed.

Wij zijn herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT).

Voor elk kalenderjaar is maximaal 1 miljard euro beschikbaar voor alle schade die in *Nederland* ontstaat door *terrorisme*. Dit maximale bedrag is voor alle verzekeraars die deelnemen aan deze verzekering en alleen voor alle gebeurtenissen waarvoor de verzekering schade vergoedt.

Is de schade die ontstaat door *terrorisme* in een jaar hoger dan 1 miljard? Dan stelt de NHT een uitkeringspercentage vast: de NHT besluit hoeveel procent zij vergoedt aan de verzekeraars die aan de verzekering deelnemen. Worden wij gekort omdat de totale schade hoger is dan 1 miljard per jaar? Dan krijg je minder uitgekeerd. Wil je hier meer over weten? Kijk op de website van de NHT voor nieuws, achtergronden en het clauseblad: nht.vereende.nl.

Hoofdstuk 6. Premie voor je verzekering

Op de nota staat de premie die je moet betalen voor je verzekering. Als je pakketkorting of collectief voordeel krijgt dan is deze al verwerkt op de nota.

6.1 Wanneer betaal je de premie?

Je betaalt de premie vooraf. Je krijgt bericht van ons wanneer je de premie moet betalen. Op de nota staat hoeveel premie je betaalt, de betalingstermijn en je betaalwijze.

6.2 Wat gebeurt er als je de eerste premie niet betaalt?

De eerste premie betaal je binnen de betalingstermijn van 14 dagen die op je nota staat. Je krijgt geen herinnering van ons. Heb je binnen 14 dagen niet betaald? Dan heeft dit gevolgen:

6.2.1 Je kunt geen schade melden op je verzekering

Na het verlopen van de betalingstermijn van 14 dagen. Je hebt dan geen dekking meer.

6.2.2 Wij kunnen jouw verzekering met terugwerkende kracht stopzetten

Je bent dan nooit verzekerd geweest bij ons.

6.3 Wat gebeurt er als je de vervolgpremie niet betaalt?

Je krijgt een herinnering van ons. Betaal je de *vervolgpremie* niet op tijd? Dan krijg je een aanmaning. Heb je 14 dagen nadat je de aanmaning hebt ontvangen nog niet alles betaald? Dan heeft dit gevolgen:

6.3.1 Je kunt voorlopig geen schade melden op je verzekeringen

De dekking vervalt namelijk als je 14 dagen nadat je de aanmaning hebt ontvangen nog niet hebt betaald. Je moet de premie nog wel aan ons betalen. Als je de premie betaalt, heb je weer dekking 1 dag nadat wij de premie hebben ontvangen.

6.3.2 Wij kunnen alle verzekeringen stopzetten

Je moet de premie nog wel aan ons betalen. Ook betaal je alle kosten die wij maken om de premie alsnog van jou te krijgen. Dit zijn gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten.

Hoofdstuk 7. Informatie en wijzigingen

Wij helpen je graag om goed verzekerd te blijven. Als je ons informeert over wijzigingen, dan kunnen wij zorgen dat je verzekering bij je situatie blijft aansluiten. Geef belangrijke informatie daarom in elk geval binnen 30 dagen aan ons door. Wij zorgen uiteraard dat we jou zorgvuldig en op tijd informeren over wijzigingen in je verzekering.

7.1 Welke informatie moet je altijd aan ons doorgeven?

7.1.1 Alle informatie die belangrijk is voor je verzekering

Bij het afsluiten van de verzekering geef je ons informatie over jezelf en de eventuele andere *verzekerden*. En over wat je wilt verzekeren. Wijzig hier iets in? Geef dit dan binnen 30 dagen aan ons door. Bijvoorbeeld:

- je krijgt een nieuw postadres of e-mailadres;
- je bankrekeningnummer verandert;
- je gezinssituatie verandert. Bijvoorbeeld: je krijgt een kind. Of je gaat scheiden. Of bij overlijden van een gezinslid;
- je gaat activiteiten uitvoeren die als zakelijk gezien kunnen worden. Je wordt bijvoorbeeld freelancer. Of je doet aan fotografie en vraagt hiervoor een vergoeding;
- je beroep of bedrijfsactiviteiten veranderen of je stopt met je bedrijf;
- je hebt een bedrijf en neemt voor het eerst personeel in dienst;
- je krijgt een ander soort dakbedekking op de woning die je hebt verzekerd.

7.1.2 Als je geen belang meer hebt bij de verzekering

Heb je bijvoorbeeld je woning verkocht? Of iets anders dat je verzekerd hebt? Geef dit dan zo snel mogelijk aan ons door, maar in ieder geval binnen 14 dagen. De verzekering stopt op het moment dat je belang is geëindigd. Heb je te veel premie betaald? Dan krijg je die terug. Geef je het later aan ons door? Dan stopt de verzekering op de dag dat je het aan ons doorgeeft.

7.1.3 Als je niet meer in Nederland woont of gevestigd bent

De verzekering stopt vanaf het moment dat je niet meer in *Nederland* woont of gevestigd bent. Heb je te veel premie betaald? Dan krijg je die terug.

7.1.4 Uitstel van betaling of faillissement

De verzekering stopt vanaf het moment dat je failliet bent verklaard. Of vanaf het moment dat je uitstel van betaling hebt gekregen. Heb je te veel premie betaald? Dan krijg je die terug.

7.1.5 Informatie die wij bij jou opvragen

Wij kunnen jou ook vragen om informatie over wijzigingen. Dit doen wij met een vragenlijst. Krijg je een vragenlijst? Vul deze dan in en stuur deze naar ons terug.

7.2 Wat gebeurt er als je ons niet alle of onjuiste informatie geeft?

Geef je informatie of een belangrijke wijziging niet binnen 30 dagen aan ons door? En heeft dat negatieve gevolgen voor ons? Dan kunnen wij beslissen om schade niet te vergoeden en al je verzekeringen stop te zetten.

Reageer je niet op de vragenlijst die wij je toesturen? Ook niet nadat wij jou hieraan herinnerd hebben? Dan kunnen wij de premie van de verzekering verhogen.

7.3 Wanneer kunnen wij de premie en voorwaarden wijzigen?

7.3.1 Als je situatie gewijzigd is

Dat kan van invloed zijn op je verzekering en op de hoogte van je premie. Als wij je verzekering wijzigen, dan ontvang je hierover bericht van ons. Zo blijf je goed verzekerd.

7.3.2 Als wij de verzekering wijzigen

Wijzigen wij de premie of voorwaarden? Dan doen wij dat op het moment dat wij de *verzekeringsperiode* verlengen. Soms is het nodig om tijdens de *verzekeringsperiode* je verzekering te wijzigen. Bijvoorbeeld omdat de wet verandert en wij daardoor grote financiële risico's lopen. Wijzigen wij je verzekering tussentijds? Dan krijg je uiterlijk 1 maand voordat deze wijziging ingaat een bericht met uitleg.

7.3.3 Als de consumentenprijzen en lonen wijzigen

Wij kunnen je premie wijzigen als de prijzen of de lonen veranderen. Wij doen dit op het moment dat wij de *verzekeringsperiode* verlengen. Wij verhogen de premie met:

- het percentage waarmee de Consumenten Prijs Index van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) stijgt. Dat is een indexcijfer waarmee het CBS elk jaar de stijging of daling van consumentenprijzen laat zien of;
- het percentage waarmee de loonindex van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) stijgt. Dit is een indexcijfer waarmee het CBS elk jaar de stijging of daling van de lonen laat zien.

7.3.4 Als je bovenmatig veel schade meldt

En wij hebben jou hiervan op de hoogte gebracht. Wij kunnen bijvoorbeeld een extra verplicht eigen risico opnemen. Of jou voor bepaalde situaties niet meer verzekeren. Ook kunnen wij andere maatregelen treffen, zoals het stoppen van de verzekering.

Dit lees je in 3.4.4. Wel onderzoeken wij eerst wat de oorzaken van de schades zijn en bekijken wij of je schade in de toekomst kunt voorkomen.

7.4 Welk adres gebruiken wij voor informatie over wijzigingen?

Wij sturen informatie over wijzigingen in je verzekering naar het postadres of e-mailadres dat je aan ons hebt doorgegeven. Daarom is het belangrijk dat je het juiste adres en e-mailadres aan ons doorgeeft.

Hoofdstuk 8. Bij schade

Schade is al vervelend genoeg. Je mag van ons verwachten dat wij jou bij schade snel en goed helpen. Daar hebben wij wel je hulp bij nodig.

8.1 Wat zijn je plichten als je schade hebt?

- Probeer altijd om meer schade te voorkomen of te beperken. Dit noemen wij beredding.
- Meld de schade zo snel mogelijk bij ons. Dan zetten wij direct alles in gang om jou te helpen.
- Geef door of de schade ook verzekerd is op een andere verzekering.
- Overleg altijd eerst met ons voordat je beschadigde zaken weggooit, schade laat herstellen of kosten maakt hiervoor.
- Geef ons alle informatie die nodig is om de schade te beoordelen. Bijvoorbeeld brieven of andere documenten.
- Werk zo goed mogelijk mee als we jou iets vragen. Doe hierbij niets waardoor wij benadeeld worden.
- Beloof niet aan anderen dat wij een schade vergoeden. Ook niet als je denkt dat je aansprakelijk bent.
- Doe zo snel mogelijk aangifte bij de politie bij een misdrijf of een vermoeden van een misdrijf.
- Stuur ons een kopie van je legitimatiebewijs als wij hierom vragen. Soms vragen wij hierom voordat wij een schade vergoeden. Bijvoorbeeld als wij moeten controleren of je op een *sanctielijst* staat. In 3.4.10 lees je hier meer over. Zorg er wel altijd voor dat je BSN-nummer en pasfoto niet zichtbaar zijn op de kopie van je legitimatiebewijs.
- Als wij beslissen dat we schade moeten vergoeden, ben je aan deze beslissing gebonden. Wij mogen ook rechtstreeks een regeling treffen met de persoon die schade heeft en ook rechtstreeks aan deze persoon betalen.
- Je moet je houden aan onze beslissingen als wij een *procedure* moeten voeren.

8.2 Wat gebeurt er als je je niet houdt aan de plichten bij schade?

Wij kunnen beslissen dat wij je schade niet vergoeden. Ook kunnen wij de behandeling van de schade stopzetten. Wij kunnen ook jouw verzekering stopzetten als er sprake is van opzet of *fraude*. Hierover lees je meer in 3.4.4 en 3.4.7.

8.3 Hoe lang kun je nog reageren als wij een schade niet vergoeden?

Ben je het niet eens met onze beslissing? Laat ons dat dan weten. Wij lichten ons besluit graag toe. Als je het oneens bent met een beslissing, kun je dit binnen 3 jaar bij ons melden. De termijn van 3 jaar begint op de dag dat wij jou bericht hebben gestuurd over onze beslissing. Daarna heb je geen recht meer op een *schadevergoeding*.

Hoofdstuk 9. Privacy

9.1 Wat doen wij met jouw gegevens?

Wij gebruiken jouw gegevens onder andere voor:

- het afsluiten van verzekeringen en het inschatten van risico's;
- de behandeling en afwikkeling van schades;
- het innen van verzekeringspremies;
- het verbeteren van onze verzekeringen.

9.2 Gebeurtenissenadministratie en Intern Verwijzingsregister

In de financiële sector zijn vertrouwen en betrouwbaarheid van groot belang. Bepaalde gebeurtenissen kunnen daarom onze speciale zorg en aandacht vragen. Deze gebeurtenissen leggen wij vast in een intern registratiesysteem, de zogenaamde Gebeurtenissenadministratie. De *Univé* verzekeraars hebben ieder hun eigen Gebeurtenissenadministratie.

Aan onze Gebeurtenissenadministratie is een Intern Verwijzingsregister (IVR) gekoppeld.

Dit IVR geeft alleen aan of iemand in onze Gebeurtenissenadministratie voorkomt. Alleen medewerkers van onze afdelingen Veiligheidszaken, Acceptatie en enkele medewerkers van de afdeling Schade, kunnen dit register en de gegevens in de Gebeurtenissenadministratie inzien. Soms willen we met personen die voorkomen in het IVR geen relatie aangaan. Wij beschouwen hen dan als een risico voor Univé, het personeel of andere verzekerden van Univé. De afdeling Acceptatie of de afdeling Veiligheidszaken beoordeelt dit.

9.3 Incidentenregister en Extern Verwijzingsregister

Ook kunnen wij jouw gegevens opnemen in een incidentenregister. In het incidentenregister legt de afdeling Veiligheidszaken gebeurtenissen vast die de belangen, integriteit of veiligheid van de klanten, medewerkers van Univé of van andere financiële instellingen (zouden kunnen) raken. Het gaat vaak om incidenten die meer impact hebben dan de gebeurtenissen in de Gebeurtenissenadministratie. Als wij jouw gegevens opnemen in het Incidentenregister, ontvang je hiervan schriftelijk bericht. Aan het Incidentenregister is een Extern Verwijzingsregister (EVR) gekoppeld. Het EVR geeft alleen aan of iemand in het Incidentenregister voorkomt. Ook andere verzekeraars in *Nederland* kunnen het EVR inzien. Hier lees je hieronder meer over.

9.4 Uitwisseling gegevens met andere verzekeraars en financiële instellingen

Als er een beroep wordt gedaan op jouw verzekering of je meldt schade, dan legt Univé dat vast in het Centraal Informatiesysteem (CIS) van de Nederlandse verzekeraars. Dat geldt ook voor de gegevens van de personen die bij de schade betrokken waren. Zoals getuigen en de tegenpartij(en). Ook andere verzekeraars kunnen deze melding zien. Verzekeraars kunnen hiermee de betrouwbaarheid van claims beoordelen en fraude tegengaan. Wanneer aan strikte voorwaarden is voldaan, wisselen wij fraude- en criminaliteitsgegevens uit met andere financiële instellingen en het fraudeloket van het Verbond van Verzekeraars. Deze gegevens zijn opgenomen in registratiesystemen die zijn aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens, zoals ons bedrijfsprocessensysteem, het incidentenregister en het Extern Verwijzingsregister (EVR), dat wordt beheerd door Stichting CIS. Uitleg over de vastlegging van jouw gegevens bij CIS, en hoe je CIS kunt verzoeken om inzage of eventuele aanpassing van jouw persoonlijke registratie, kun je vinden op www.stichtingcis.nl en in het CIS privacyreglement.

Wil je meer weten over hoe wij jouw privacy borgen? Kijk dan op unive.nl/privacy

Hoofdstuk 10. Klachten

10.1 Wat kun je doen als je een klacht hebt?

Laat het ons zo snel mogelijk weten als je niet tevreden bent. Wij proberen dan samen met jou een oplossing te vinden. Lukt dat niet? Dan kun je je klacht op de volgende manieren doorgeven:

Via internet: <https://www.unive.nl/klantenservice/klacht-indienen>
Per mail: klachten@unive.nl
Per post: Coöperatie Univé U.A.
Afdeling Klachtenmanagement
Postbus 15
9400 AA ASSEN

10.2 Wat als je niet tevreden bent over de behandeling van je klacht?

Ben je niet tevreden over de behandeling van je klacht? Dan heb je 2 mogelijkheden:

- Als consument kun je de klacht voorleggen aan het KIFID (Klachteninstituut Financiële Dienstverlening). Het KIFID is een onafhankelijke organisatie.
Adres: Postbus 93257
2509 AG DEN HAAG
Telefoon: 070 – 333 8 999
Website: kifid.nl
- Je kunt de klacht ook voorleggen aan de rechter.

Wat bedoelen wij met ...?

Clausules

Een beperking of een uitbreiding van de afspraken die in de productvoorwaarden en algemene voorwaarden staan. Clausules staan op jouw *polis*.

Cyberterrorisme

Ontwrichtende activiteit of een reeks activiteiten (die in tijd en oogmerk met elkaar samenhangen) gericht op het binnendringen van computersystemen en computernetwerken. De activiteit of reeks van activiteiten zorgen voor schade, het verstoren van internetdiensten of het wijzigen of vernietigen van gegevens. Hierbij is het aannemelijk dat die activiteit of reeks van activiteiten (al dan niet in organisatorisch verband) is beraamd of uitgevoerd om bepaalde politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken.

Eerste premie

Dit is de eerste premie die je, na het afsluiten van een verzekering, voor je verzekering of verzekeringspakket per maand of per jaar aan ons betaalt.

Fraude

Je maakt misbruik van ons vertrouwen als je ons opzettelijk misleidt met het doel voordeel te behalen voor jezelf of een ander. Met fraude bedoelen wij bijvoorbeeld:

- Je bent niet eerlijk geweest bij het opgeven van informatie; bijvoorbeeld bij het afsluiten van een verzekering.
- Je hebt bij een schade niet eerlijk verteld hoe een schade is ontstaan en wat er precies gebeurd is.
- Je hebt opzettelijk een schade veroorzaakt en dit niet aan ons doorgegeven.
- Je hebt een hoger bedrag opgegeven dan de werkelijke schade.

Als je ons via iemand anders misleidt, is dit ook fraude. Of als je iemand via ons wil misleiden of iemand anders de gelegenheid geeft ons te misleiden met het doel voordeel te behalen

Nederland

Het deel van het Koninkrijk der Nederlanden dat in Europa ligt.

Oorlog

Oorlog betekent gewapend conflict met fysiek geweld:

- door een staat tegen een andere staat, of
- als onderdeel van een burgeroorlog, rebellie, revolutie, opstand, militaire actie of toe-eigening van de macht, ongeacht of de oorlog wordt verklaard of niet.

Polis

Het bewijs van verzekering. Dit bewijs van verzekering is herkenbaar aan de titel "Polis".

Procedure

Met een procedure bedoelen we:

- een gerechtelijke procedure die bij een rechter wordt gevoerd;
- een administratieve procedure waarin bindend beslist wordt over een besluit van de overheid of over een conflict tussen de overheid en een burger;
- een procedure bij een andere instantie en die in de wet gelijkgesteld wordt met een gerechtelijke of administratieve procedure.

Sanctielijst

Een sanctielijst is een publiek toegankelijke lijst van ondernemingen, organisaties en personen waarvoor economische en/of juridische beperkingen gelden. Het is verboden om met gesanctioneerde ondernemingen, organisaties of personen zaken te doen.

Schadevergoeding of het vergoeden van schade

Dit is de betaling, dienst of hulp waar je recht op hebt op grond van je verzekering.

Terrorisme

Gewelddadige handelingen of gedragingen:

- die niet vallen onder 1 van de 6 vormen van molest uit artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
- in de vorm van een aanslag of een reeks van aanslagen die in tijd en oogmerk met elkaar samenhangen;
- die zorgen voor letsel of aantasting van de gezondheid (al dan niet met de dood tot gevolg) of schade aan zaken of ze tasten economische belangen op een andere manier aan. Hierbij is het aannemelijk dat die aanslag of reeks van aanslagen (al dan niet in organisatorisch verband) is beraamd of uitgevoerd om bepaalde politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken.

Univé verzekeraars

Verzekeringsmaatschappijen die onder het merk Univé het schadeverzekeringsbedrijf uitoefenen. Dit zijn N.V. Univé Schade en de regionale Univé Brandverzekeraars.

Vervolgpremie

Dit zijn de premies die volgen op de eerste *premie*, die je aan ons betaalt.

Verzekeringsperiode

Dit is de periode waarin de verzekering geldig is. Deze periode staat op je *polis*.

Productvoorwaarden ZEKUR Doorlopende Reis- en Annulerings- verzekering

versie 4

Wij vinden het belangrijk dat je precies weet wat je kunt verwachten van de ZEKUR reis- en/of annuleringsverzekering. In deze voorwaarden lees je waar je voor verzekerd bent. En waarvoor niet. Ook lees je wat je moet doen als jou iets overkomt en hoe wij je dan helpen.

Deze Productvoorwaarden gelden samen met onze Algemene Voorwaarden versie 4. In de algemene voorwaarden staan afspraken tussen jou en ons, die voor al onze verzekeringen gelden.

Uitleg begrippen

In deze voorwaarden bedoelen we met **“je”** en **“jou”**: de verzekeringnemer en/of de *verzekerden*. Deze staan op de *polis* en in de voorwaarden onder “Wat bedoelen we met...?”

In deze voorwaarden bedoelen wij met **“we”**, **“wij”**, **“ons”** en **“onze”**: N.V. Univé Schade. Uitleg van de schuingedrukte woorden lees je bij “Wat bedoelen we met...?”

Waar kun je terecht als jou iets overkomt?

- Heb je direct hulp nodig? Bel dan de Univé Alarmcentrale +31(0)592 - 34 81 12.
- Meld de schade bij ons op een van de volgende manieren:
 - Bel ons op +31(0)592-34 92 49;
 - Door het schadeformulier te sturen naar schade@unive.nl.

NV Univé Schade is gevestigd in Zwolle, KvK-nummer 04073729, DNB-nummer 12000664.

Hoofdstuk 1 Wat moet je doen als jou iets overkomt?	23
Hoofdstuk 2 Wat is niet verzekerd?	24
Hoofdstuk 3 Reisverzekering	25
3.1 In welke periode geldt je reisverzekering?	25
3.2 Wat is verzekerd?	25
3.3 Waar ben je verzekerd?	25
3.4. Hulp en vervoer	26
Hoofdstuk 4 Bagage	32
4.1 Wat is verzekerd?	32
4.2 Wat is niet verzekerd?	34
4.3 Wanneer betalen wij niet?	34
4.4 Wat betalen wij?	35
Hoofdstuk 5 Annuleringsverzekering	35
5.1 Wanneer geldt de annuleringsverzekering?	35
5.2 Wat is verzekerd?	36
5.3 Welke annuleringsredenen zijn verzekerd?	37
5.4 Wat betalen wij?	41
Wat bedoelen we met...?	42

Hoofdstuk 1 Wat moet je doen als jou iets overkomt?

Heb je hulp nodig tijdens je reis? Bel dan met de Univé Alarmcentrale: +31(0)592 - 34 81 12. Dit nummer is dag en nacht bereikbaar.

Maak je extra kosten doordat:

- je *pech* onderweg hebt?
- je eerder naar huis moet?
- één van de *verzekerden* in het ziekenhuis wordt opgenomen?
- één van de *verzekerden* overlijdt?

Dan betalen wij die kosten alleen als vooraf contact opgenomen is met de Univé Alarmcentrale. Heb je schade? Of heb je extra kosten gemaakt? Meld dit dan zo snel mogelijk bij ons.

Als er iets gebeurt waardoor je schade hebt, verzamel dan zoveel mogelijk bewijs:

- Vraag altijd om nota's en bonnetjes, probeer deze altijd in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans te krijgen.
- Neem de beschadigde spullen mee terug, of, als dat niet lukt: neem foto's van de schade.

Deze informatie hebben wij nodig om te kunnen bepalen of wij gaan betalen. En hoeveel wij gaan betalen. Heb je niet voldoende bewijs? Dan kunnen wij de schade en kosten niet betalen.

Ben je bestolen of heb je iets verloren? Doe dan zo snel mogelijk aangifte bij de politie in de plaats waar het volgens jou gebeurd is. Dit geldt voor:

- reisbagage, met een aankoopwaarde hoger dan € 250;
- geld, als dit meer is dan € 50.

Heb je geen aangifte bij de politie gedaan? Dan kunnen wij de schade en kosten niet betalen.

Hoofdstuk 2 Wat is niet verzekerd?

In dit hoofdstuk staat wanneer wij schade niet betalen bij alle dekkingen van de reis- en/of annuleringsverzekering. Maar er zijn meer situaties waarin wij schade niet betalen. Die gelden alleen voor een gedeelte van de verzekering. Die situaties vind je bij de andere hoofdstukken onder “Wat is niet verzekerd?” of onder “Wanneer betalen wij niet?”.

Schade of een ongeval, ontstaan:

1. in Nederland als het verblijf op een *vaste stand- of seizoenplaats* is;
2. in Nederland als je niet minimaal 1 overnachting hebt geboekt bij een bedrijf;
3. doordat je een misdrijf hebt gepleegd;
4. tijdens een reis waarin je betaald werk doet. Je bent wel verzekerd wanneer je als au pair in het buitenland werkt;
5. ná de reisduur van 180 dagen achter elkaar;
6. tijdens een reis die je maakt voor een medische behandeling;
7. doordat je alcohol, medicijnen of drugs hebt gebruikt;
8. doordat je met een motorrijtuig of motorvaartuig meedoet aan activiteiten waarbij snelheid belangrijk is. Dit geldt ook voor motorrijtuigen met een buitenlands kenteken.

Schade of een ongeval:

1. die je kon verwachten door omstandigheden voordat je op reis ging of tijdens het boeken van de reis;
2. die je kon verwachten door omstandigheden tijdens het afsluiten van de verzekering en/of dekking;
3. die je kon verwachten omdat je iets doet of juist niet doet. Bijvoorbeeld:
 - Je moet zorgen dat de schade niet groter wordt.
 - Je mag niet expres schade veroorzaken.
4. die al is uitgesloten op basis van onze algemene voorwaarden;
5. als je *fraudeert*. Hierover lees je meer in de algemene voorwaarden van Univé;
6. 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. Dit alles geldt niet voor de ongevallendeckking;
7. waarvoor je al een vergoeding voor vertraging hebt ontvangen van het vervoersbedrijf.

Hoofdstuk 3 Reisverzekering

Je hebt alleen een ZEKUR Doorlopende Reisverzekering als Extra ZEKUR of Aanvullend ZEKUR Buitenland op de *polis* staat.

3.1 In welke periode geldt je reisverzekering?

Je verzekering is geldig:

- zolang je een *woonadres* in Nederland hebt, en
- vanaf het moment dat je uit je huis in Nederland vertrekt om jouw reis te beginnen, totdat je weer thuis bent in Nederland;
- voor een reisduur van maximaal 180 dagen achter elkaar.

Wanneer beëindigen wij de reisverzekering?

Wij beëindigen de verzekering bij situaties die genoemd staan in artikel 3.4 van onze algemene voorwaarden. Je krijgt dan een brief van ons. Je kunt dan geen beroep meer doen op de reisverzekering, ook al staat dit op je *polis*. Wij mogen schade en kosten op jou verhalen als wij kosten of schade hebben betaald die niet verzekerd zijn.

3.2 Wat is verzekerd?

Je bent verzekerd voor schade tijdens:

1. privéreizen, hiermee bedoelen we bijvoorbeeld reizen die als doel ontspanning en recreatie hebben;
2. *vrijwilligerswerk*;
3. een dagje weg in het buitenland;
4. een studie, cursus of stage in het buitenland;
5. werk als *au pair* in het buitenland.

3.2.1 Wintersporten

Je bent verzekerd tijdens *wintersporten*.

3.3 Waar ben je verzekerd?

Je bent verzekerd in:

- Nederland. Je moet dan minimaal één overnachting hebben geboekt bij een bedrijf. Bewaar de rekening van de overnachting;
- overal ter wereld.

3.4. Hulp en vervoer

De Univé Alarmcentrale helpt je tijdens je reis bij noodgevallen. Wij betalen noodzakelijke extra kosten die je hierdoor moet maken. Wij betalen deze kosten alleen als vooraf toestemming is gegeven door de Univé Alarmcentrale.

Hieronder staan de kosten die we betalen.

3.4.1 Ziekte of een ongeluk

a. Je wordt ziek of krijgt een ongeluk

Dan betalen wij:

- vervoer naar een dichtstbijzijnde arts of ziekenhuis;
- vervoer terug naar je vakantieverblijf;
- extra verblijfkosten tot maximaal € 80 per *verzekerde* per dag.

Wij betalen ook extra reiskosten naar huis per:

- ambulance
- taxi
- *openbaar vervoer*

De kosten genoemd in dit artikel betalen we als dit:

- medisch noodzakelijk is, en
- het directe gevolg is van de ziekte of het ongeluk.

Wij betalen de kosten ook als een andere *verzekerde* of een andere reisgenoot:

- ziek wordt;
- een ongeluk krijgt;
- overlijdt.

b. Je ligt in het ziekenhuis

Wij betalen voor ziekenbezoek de reiskosten voor:

- meereizende *verzekerden*;
- één andere reisgenoot.

Wij betalen maximaal € 100 per persoon per opname.

Wij betalen ook ziekenbezoek vanuit Nederland als je:

- 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;
- de reiskosten ter plekke voor ziekenbezoek. We betalen maximaal € 100 per persoon.

c. Je 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.

d. Je hebt een vervangende chauffeur nodig

Wij zorgen voor een vervangende chauffeur als:

- het *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 je naar:

- één adres in Nederland, of
- je reisbestemming.

Wij betalen voor eventuele verblijfkosten maximaal € 80 per *verzekerde* per dag.

e. Je moet opgespoord of gered worden

Wij betalen alle kosten die volgens de plaatselijke overheid nodig zijn.

3.4.2 Vervoer bij overlijden

Wij betalen de kosten van:

- vervoer van je lichaam naar de woonplaats;
- de papieren die nodig zijn voor het vervoer;
- de kist die nodig is voor het vervoer.

3.4.3 Je reisgenoot is overleden

Moet je alleen verder reizen? Dan betalen wij voor één persoon die je kan bijstaan:

- de heenreis naar je vakantiebestemming per *openbaar vervoer*;
- de terugreis naar Nederland per *openbaar vervoer*;
- de verblijfkosten tot maximaal € 80 per dag. Dit doen wij maximaal 10 dagen.

3.4.4 Je moet eerder naar huis

a. Gezondheid van je naasten

Wij betalen je extra reiskosten om naar huis te gaan als:

een:

1. *familielid in de 1e, 2e of 3e graad*
2. *huisgenoot*
3. *zaakwaarnemer*

overlijdt;

een:

1. *familielid in de 1e of 2e graad*
2. *zaakwaarnemer*

levensgevaarlijk ziek of gewond is.

Wij betalen ook reiskosten terug naar je reisbestemming. Dit doen wij als je binnen:

1. je geplande vakantieperiode terug gaat, en
2. als je binnen 3 weken terug gaat.

b. Ernstige schade aan je spullen of huis in Nederland

Wij betalen je reiskosten om naar huis te gaan. Dit doen wij als de schade komt door bijvoorbeeld brand of diefstal.

Wij betalen ook reiskosten terug naar je reisbestemming. Dit doen wij als je binnen:

1. je geplande vakantieperiode terug gaat, en
2. als je binnen 3 weken terug gaat.

3.4.5 Je hebt schade aan het vakantieverblijf waarvan je eigenaar bent

Wij betalen de huur van een ander vakantieverblijf als je je eigen vakantieverblijf niet meer kunt gebruiken. Dit geldt alleen als:

1. het verblijf je eigendom is, en
2. de schade tijdens je reis of binnen 7 dagen voor vertrek is ontstaan, en
3. deze verzekering dan al is gesloten of is ingegaan, en
4. het verblijf goed onderhouden is.

Wij betalen maximaal € 35 per *verzekerde* per dag. Dit doen wij maximaal 3 weken.

3.4.6 Je hebt vertraging op de geplande dag van terugreis

Wij betalen extra reis- en verblijfkosten als dit komt door:

1. natuurgeweld
2. staking bij het *openbaar vervoer*
3. staking door luchthavenpersoneel

Wij betalen voor verblijfkosten maximaal € 80 per *verzekerde* per dag. Extra reis- en verblijfkosten die je ter plekke maakt betalen wij tot je weer terug kunt. Extra reiskosten voor de terugreis naar huis betalen wij alleen als de vervoerder of luchtvaartmaatschappij geen alternatief biedt. In totaal betalen wij voor reiskosten maximaal € 100 per *verzekerde*.

3.4.7 Problemen met je motorrijtuig

Moet het *motorrijtuig* naar de *garage*? Dan betalen wij:

- extra reiskosten voor vervoer naar de *garage* voor jou en de passagiers. Dit doen wij als jij en de passagiers niet samen met het *motorrijtuig* vervoerd kunnen worden;
- extra verblijfkosten. Wij betalen maximaal € 80 per *verzekerde* per dag. Dit doen wij maximaal 3 dagen;
- extra reiskosten voor vervoer naar de plek waar je overnacht. Wij betalen maximaal € 100 voor alle verzekerden samen;
- extra reiskosten voor het ophalen van het gerepareerde *motorrijtuig* bij de *garage*. Wij betalen maximaal € 100 voor 1 persoon voor vervoer naar de *garage*.

Krijg je een vervangend *motorrijtuig*? En kan dit niet bij je gebracht worden? Dan betalen wij maximaal € 100 voor vervoer naar het verhuurbedrijf. Wij betalen dit ook als je binnen 7 dagen een geboekte reis naar het buitenland zou maken.

3.4.8 Problemen met je fiets tijdens een fietsreis

Wij betalen:

- openbaar vervoer naar huis, of
- huur van een andere fiets;
- extra verblijfskosten in de plaats waar de fiets gerepareerd wordt.

Dit doen wij als:

- je op de fiets op reis bent;
- je geen *motorrijtuig* bij je hebt, en
- de fiets niet binnen 2 dagen gerepareerd kan worden.

Wij betalen per verzekerde 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.

3.4.9 Wat betalen we ook in de verzekerde situaties genoemd in 3.4.1 t/m 3.4.8?

De Univé Alarmcentrale helpt je tijdens je reis bij noodgevallen. Wij betalen noodzakelijke extra kosten die je hierdoor moet maken. Wij betalen deze kosten alleen als vooraf toestemming is gegeven door de Univé Alarmcentrale.

Hieronder staan de kosten die we betalen.

a. Telefoonkosten

Wij betalen telefoonkosten die je moet maken voor contact met onze Univé Alarmcentrale. Wij betalen maximaal € 350 voor telefoonkosten met derden.

b. Reiskosten eigen voertuig

Wij betalen extra reiskosten die je moet maken met je eigen voertuig. We betalen € 0,20 per kilometer bij een verzekerde gebeurtenis.

c. Als je reisgenoot dit overkomt

Wij betalen de extra kosten die genoemd staan in 3.4.1 t/m 3.4.8 die je voor jezelf moet maken.

d. Reiskosten voor je huisdier

Wij betalen extra reiskosten. Dit doen wij als je je huisdier zelf niet meer kunt meenemen. Wij betalen maximaal € 250 per huisdier per reis. Maar niet meer dan € 500 per jaar voor alle huisdieren samen.

e. Verzendkosten medicijnen

Wij betalen de kosten voor het verzenden van medicijnen. Dit doen wij als de medicijnen:

- niet verkrijgbaar zijn op jouw vakantiebestemming, en
- we de medicijnen mogen verzenden naar jouw vakantiebestemming.

3.4.10 Je kunt niet meer wintersporten

Wij betalen niet-gebruikte dagen van:

- passen
- skihuur
- skiessen

als je:

- door een ongeval niet kunt *wintersporten*, of
- in het ziekenhuis bent opgenomen.

Wij betalen ook niet-gebruikte dagen van:

- passen
- skihuur
- skiessen

als je eerder naar huis moet. Wij betalen dit ook voor:

- je gezin dat mee teruggaat, of
- één reisgenoot die mee teruggaat.

Dit doen wij als dit komt door de redenen die genoemd staan in 3.4.1 t/m 3.4.8.

3.4.11 Schade aan een gehuurd vakantieverblijf

Wij betalen schade die je veroorzaakt aan een gehuurd vakantieverblijf. Ook de inboedel in het verblijf is verzekerd. Hieronder valt ook schade die is ontstaan doordat je de sleutel bent verloren van de kluis in het verblijf. We betalen maximaal € 500 per verzekerde per reis. Je moet dan wel aansprakelijk zijn voor de schade. Schade aan een gehuurde camper, caravan of vouwwagen tijdens deelname aan het verkeer is niet verzekerd.

Hoofdstuk 4 Bagage

Je bagage valt onder je ZEKUR Doorlopende Reisverzekering en is alleen verzekerd als Extra ZEKUR of Aanvullend ZEKUR Buitenland op de polis staat.

4.1 Wat is verzekerd?

Bagage is verzekerd voor schade door:

1. diefstal
2. verlies
3. beschadiging

We betalen maximaal € 2.500 per verzekerde per reis. Voor bepaalde bagage geldt een maximale vergoeding. Ook voor geld. De bedragen staan genoemd in 4.1.1.

Het eigen risico is € 50 per gebeurtenis voor alle verzekerden samen. Voor reisdocumenten geldt geen eigen risico. Wij betalen schade aan een voorwerp aan één verzekerde. Ook als dit voorwerp van meer verzekerden samen is.

4.1.1 Maximale verzekerde bedragen

Maximale vergoeding per verzekerde per reis (tenzij anders vermeld)	
Verzekerd bedrag	€ 2.500
Mobiele telefoons, smartphones en niet ingebouwde navigatiesystemen	€ 250
(Zonne)brillen en contactlenzen	€ 250
Waardevolle spullen	
Het maximale bedrag geldt voor:	
• sieraden • horloges • bont • zilver en goud • edelstenen • parels • muziekinstrumenten met onderdelen die erbij horen	€ 400
Medische hulpmiddelen zoals gehoorapparaten, prothesen en beugels voor tanden	€ 400
Fietsen, vaartuigen en vliegers	
Het maximale bedrag geldt voor:	
• fietsen en elektrische fietsen • vliegers • parachutes en parazeilen met onderdelen die erbij horen	€ 400
En alleen de volgende vaartuigen:	
• zeil- en surfplanken • kano's • opblaasbare boten	
met onderdelen die erbij horen	

Overige elektronische apparaten

Bijvoorbeeld:

- camera
 - tablet/laptop/e-reader
 - powerbank
- € 1.500

Met onderdelen zoals:

- cd's
- software
- usb-sticks

Onderdelen van en gereedschappen voor motorrijtuigen

Het maximale bedrag geldt voor:

- gereedschappen
 - ingebouwde apparaten
 - sleutels
 - reserve-onderdelen
 - dakdrager
 - dakkoffer
 - sneeuwkettingen
 - caravanspiegels
 - fietsendrager
- € 250

Geld

**€ 250 maar niet meer dan
€ 750 per jaar voor alle
verzekerden samen**

4.1.2 Vervangende kleding

Komt de *bagage* tijdens de heenreis of een tussentijdse reis niet of later dan bedoeld aan op jouw vakantiebestemming? Of is de kleding op de heenreis uit je *motorrijtuig* gestolen? Dan betalen wij voor de eerste dagen de kosten van noodzakelijke kleding en toiletpullen. Dit geldt niet als je terug naar huis gaat. We betalen maximaal € 300 per verzekerde per reis. Er geldt geen eigen risico.

4.1.3 Vervangende wintersportuitrusting

We betalen de huurkosten van vervangende wintersportuitrusting als je eigen of gehuurde wintersportuitrusting is:

1. gestolen
2. verloren
3. beschadigd

Er geldt geen eigen risico.

4.2 Wat is niet verzekerd?

1. waardepapieren die je niet gebruikt tijdens de reis
2. het tegoed op passen, kaarten en bonnen
3. spullen die je aan het verhuizen bent
4. kunst
5. spullen uit verzamelingen
6. spullen die voor zakelijk gebruik bedoeld zijn
7. voer- en vaartuigen die je huurt
8. *motorrijtuigen*
9. aanhangers, vouwwagens en caravans. Hieronder vallen ook de onderdelen en accessoires daarvan, zoals een voortent of luifel
10. luchtvaartuigen, ook drones
11. niet opblaasbare vaartuigen

4.3 Wanneer betalen wij niet?

Wij betalen niet voor:

1. schade of diefstal als gevolg van onvoorzichtigheid. Je bent bijvoorbeeld niet voorzichtig genoeg als je:
 - 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 je handbagage;
 - *kostbare spullen* zonder toezicht achterlaat in een ruimte die niet op slot zit.
2. schade door:
 - ongedierte
 - slijtage, eigen gebrek en eigen bederf
3. gevolgschade. Bijvoorbeeld misbruik door anderen van gestolen betaalpassen of creditcards

4. schade als je de spullen nog kunt gebruiken. Bijvoorbeeld bij:
 - krassen
 - deuken
 - vlekken
5. breuk van breekbare *bagage*. Dit is wel verzekerd bij breuk door:
 - inbraak
 - beroving
 - brand
 - een ongeluk met een vervoermiddel

4.4 Wat betalen wij?

Wij betalen maximaal de bedragen die genoemd staan in 4.1 van deze voorwaarden.

4.4.1 Uitbetaling als je bagage gerepareerd kan worden

Wij betalen de kosten van reparatie tot maximaal de *dagwaarde*. Of maximaal de *nieuwwaarde* als spullen niet ouder zijn dan één jaar.

4.4.2 Uitbetaling als je bagage niet gerepareerd kan worden

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 je ons het eigendom van de spullen geeft.

Hoofdstuk 5 Annuleringsverzekering

5.1 Wanneer geldt de annuleringsverzekering?

Je hebt alleen een ZEKUR Doorlopende Annuleringsverzekering als Extra ZEKUR op je *polis* staat.

De verzekering is geldig:

1. zolang je een *woonadres* in Nederland hebt, en
2. voor reizen van maximaal 180 dagen, en
3. voor reizen die starten vanaf jouw huis in Nederland en eindigen als je weer thuis in Nederland bent.

De verzekering is van toepassing op:

1. reizen die na de ingangsdatum van de verzekering zijn geboekt;
2. 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:

1. de vertrekdatum van de reis langer dan 1 maand na de ingangsdatum van de verzekering ligt, of
2. je 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 3.4 van onze algemene voorwaarden. Je krijgt dan een brief van ons. Je kunt dan geen beroep meer doen op de annuleringsverzekering, ook al staat dit op de *polis*. Wij mogen schade en kosten op jou verhalen als wij kosten of schade hebben betaald die niet verzekerd zijn.

5.2 Wat is verzekerd?

Je bent verzekerd voor kosten van annulering bij:

1. geboekte reizen in:
 - 1.1 het buitenland
 - 1.2 Nederland. Je moet dan wel minimaal 1 overnachting hebben geboekt bij een bedrijf. Bewaar de rekening van de overnachting;
2. boekingen van reizen voor *vrijwilligerswerk*;
3. boekingen voor een dagje weg in het buitenland;
4. boekingen van reizen voor studie of stage;
5. boekingen van reizen voor je werk als au pair.

Je bent ook verzekerd voor vertraging op de heenreis. Dit geldt als:

1. de vertraging niet je eigen schuld is, en
2. de geplande reis langer duurt dan 3 dagen, en
3. je op de heenreis bent vanuit Nederland, en
4. je reist met het *openbaar vervoer*.

5.3 Welke annuleringsredenen zijn verzekerd?

5.3.1 Jij of een naaste overlijdt, wordt ziek of krijgt een ongeluk

We betalen de kosten van annulering bij overlijden van:

1. jou
2. een familielid in de 1e, 2e of 3e graad
3. een huisgenoot
4. degene van wie je *mantelzorger* bent

Wij betalen de kosten van annulering bij:

1. een ernstige ziekte
2. ernstige verwonding door een ongeluk
3. het krijgen van een orgaantransplantatie

van:

1. jou
2. een familielid in de 1e of 2e graad

Wij betalen de kosten van annulering als je geopereerd moet worden.

Voor alle situaties genoemd in deze paragraaf geldt dat onze dokter de annulering medisch noodzakelijk moet vinden. Wanneer het om jezelf gaat, ga dan altijd naar een (huis)arts. Indien nodig kan onze dokter medische gegevens opvragen bij de behandelend (huis)arts.

5.3.2 Je moet een familielid verzorgen of mantelzorg verlenen

Wij betalen de kosten van annulering bij:

1. een ongeluk
2. een plotselinge ziekte
3. een bestaande ziekte die plotseling erger wordt
4. het krijgen van een orgaantransplantatie

van:

1. een familielid in de 1e of 2e graad
2. degene van wie jij *mantelzorger* bent

Wij betalen de kosten van annulering als:

- deze persoon zorg nodig heeft, en
- er niemand anders is die deze persoon kan verzorgen.

Dit doen wij als onze dokter de annulering medisch noodzakelijk vindt.

Heb je een vervangende *mantelzorger* geregeld en valt deze plotseling uit? Dan betalen wij de kosten van annulering ook.

5.3.3 Zwangerschap

Wij betalen de kosten van annulering als je na het boeken van de reis erachter bent gekomen dat je zwanger bent. Dit geldt alleen bij annulering vóór de vertrekdatum van de reis.

Wij betalen ook de kosten van annulering bij medische problemen door je zwangerschap. Dit doen wij als onze dokter de annulering medisch noodzakelijk vindt. Ga altijd naar een (huis)arts. Indien nodig kan onze dokter medische gegevens opvragen bij jouw behandelend (huis)arts.

5.3.4 Je hebt schade thuis

Wij betalen de kosten van annulering bij ernstige schade aan:

1. je huis
2. je spullen
3. het bedrijf waar je werkt

Bijvoorbeeld door een brand of diefstal.

5.3.5 Je zaakwaarnemer valt uit

Wij betalen de kosten van annulering als dit komt door:

1. een annuleringsreden die genoemd staat in artikel 5.3.1 t/m 5.3.4, en
2. je hierdoor de reis moet annuleren of afbreken.

5.3.6 Je hulp- of geleidehond overlijdt, wordt ziek of krijgt een ongeluk

Wij betalen de kosten van annulering als je hulp- of geleidehond ernstig ziek wordt, overlijdt of een ongeluk krijgt, waardoor je hond je niet meer kan helpen. Je hebt je hulp- of geleidehond via een officiële instantie.

5.3.7 Je gaat scheiden of uit elkaar

Wij betalen de kosten van annulering als de scheiding na de boeking van de reis in gang is gezet. Ben je niet getrouwd? Dan moet je op het moment van de boeking van de reis *samenwonen* met je partner.

5.3.8 Je bent ontslagen

Wij betalen de kosten van annulering als:

1. het ontslag niet vrijwillig was, en
2. je niets aan het ontslag kunt doen, en
3. je een contract van minimaal 6 maanden had.

Wij betalen de kosten van annulering niet als je contract voor bepaalde tijd niet verlengd wordt.

5.3.9 Je hebt een nieuwe baan

Wij betalen de kosten van annulering als je werkloos was en een uitkering van het UWV kreeg.

5.3.10 Je krijgt een nieuwe huurwoning

We betalen de kosten van annulering als:

1. het om een woning gaat die via een woningstichting of woningcorporatie wordt aangeboden, en
2. de huurperiode maximaal 30 dagen voor vertrek of tijdens de reis begint.

5.3.11 Je nieuwbouwwoning wordt op een ander moment opgeleverd

Wij betalen de kosten van annulering als:

- de oplevering maximaal 30 dagen voor vertrek of tijdens de reis is, en
- het uitstellen of verplaatsen van de oplevering niet mogelijk is.

5.3.12 Je moet herexamen doen

Wij betalen de kosten van annulering als:

1. de periode van het herexamen van tevoren niet bekend was, en
2. het uitstellen van het herexamen niet mogelijk is, en
3. het herexamen tijdens de reis plaatsvindt, en
4. het om een herexamen gaat voor een meerjarige opleiding.

5.3.13 Je vervoermiddel is niet meer te gebruiken

Wij betalen de kosten van annulering als je vervoermiddel niet meer te gebruiken is. Dit geldt als dit komt door oorzaken die van buiten komen, zoals brand, diefstal of een ongeluk.

5.3.14 Je mag niet ingeënt worden

Wij betalen de kosten van annulering als:

1. je om medische redenen niet ingeënt mag worden en/of geen medicijnen mag innemen, en
2. dit voor dat land verplicht is.

5.3.15 Je hebt geen visum

Wij betalen de kosten van annulering als:

1. je geen visum kunt krijgen of als je visum is ingetrokken, en
2. het visum noodzakelijk is om je reis te maken, en
3. het niet krijgen of het intrekken van het visum niet je schuld is.

5.3.16 Je kunt niet meer bij jouw gastheer of gastvrouw in het buitenland logeren

Wij betalen de kosten van annulering bij:

1. overlijden
2. een ernstige ziekte
3. ernstig letsel door een ongeluk

van jouw gastheer of gastvrouw waar je in het buitenland zou logeren. Dit doen wij als onze dokter de annulering medisch noodzakelijk vindt.

5.3.17 Het vakantieverblijf dat je huurt of gebruikt heeft schade

Wij betalen de kosten van annulering als:

1. het niet mogelijk is om in het vakantieverblijf te zijn, en
2. de eigenaar of verhuurder geen ander vakantieverblijf aanbiedt, en
3. je geen ander vakantieverblijf bezit.

5.3.18 Je reisdocumenten zijn gestolen of vermist

Wij betalen de kosten van annulering als:

1. de noodzakelijke reisdocumenten gestolen of vermist zijn, en
2. de diefstal of vermissing heeft plaatsgevonden voor óf op de vertrekdatum van je reis, en
3. het niet mogelijk is om de reisdocumenten alsnog te krijgen.

5.3.19 Je krijgt een adoptie- of pleegkind toegewezen

Wij betalen de kosten van annulering als de reis hierdoor niet door kan gaan. Of als je hierdoor eerder naar huis moet. Wij betalen ook de kosten van annulering als een geboekte adoptiereis niet door kan gaan. Dit moet komen door onverwachte problemen met de adoptie buiten je schuld.

5.3.20 Een onderdeel van je samengestelde reis valt uit

Heb je minimaal 2 losse boekingen gedaan voorafgaand aan de reis? Je hebt bijvoorbeeld zelf je vliegticket en vakantieverblijf los geboekt. Dan betalen wij de kosten van annulering als je de gehele reis moet annuleren als één van de los geboekte onderdelen komt te vervallen als gevolg van:

1. een aardbeving, aardverschuiving, brand, storm, orkaan, sneeuw, overstroming, mist, tsunami of vulkanische uitbarsting;

2. terrorisme;
3. binnenlandse onlusten of oproer in het land van bestemming;
4. stuk gaan van het geboekte vervoer waardoor de reis niet mogelijk is;
5. een staking;
6. overboeking. Hiermee bedoelen wij een situatie waarbij er meer van het geboekte onderdeel verkocht is, dan er beschikbaar is.

Wij betalen dit alleen als:

1. de verhuurder en/of reisorganisatie deze kosten niet betaalt, en
2. niet voor vervanging zorgt binnen de geplande reisperiode voor dezelfde prijs, en
3. de reis niet gemaakt kan worden.

Ben je al op reis en moet je de reis afbreken doordat één van de onderdelen van je samengestelde reis uitvalt? Dan vergoeden wij het aantal gemiste dagen volgens artikel 5.4.2.

5.3.21 Je reisgenoot overkomt iets

Wij betalen je annuleringskosten als je reisgenoot, waarmee je op vakantie zou gaan, iets overkomt waarvoor hij volgens deze voorwaarden een betaling zou krijgen.

5.4 Wat betalen wij?

Wij betalen maximaal € 1.500 per verzekerde per reis. Wij betalen alleen voor verzekerden die mee gaan op reis.

Wij verlagen de betaling met de kosten die je terugkrijgt van:

1. de reisorganisatie
2. de verhuurder
3. het vervoersbedrijf
4. een ander bedrijf

5.4.1 Bij annulering

Wij betalen bij vooraf annuleren van de reis de kosten in verband met annuleren of omboeken. Hiermee bedoelen we ook de kosten die je moet betalen als de reis bestaat uit aparte boekingen die je zelf hebt geboekt. Zoals je vliegticket of vakantieverblijf. Zijn de omboekkosten hoger dan de annuleringskosten, dan betalen we de annuleringskosten.

5.4.2 Bij gemiste dagen of vertraging

Wij betalen ook een bedrag voor dagen die je mist van jouw reis door:

1. later vertrek naar jouw vakantiebestemming;
2. eerdere terugkeer naar huis;
3. een ziekenhuisopname van minimaal 8 uur achter elkaar

Dit geldt alleen als de reden van annuleren vermeld staat in artikel 5.3. Het bedrag per gemiste dag is de totale *reissom* gedeeld door het aantal dagen dat je van plan was op reis te gaan.

Óf wij betalen een bedrag bij vertraging op de heenreis:

- 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 je van plan was op reis te gaan.

Wat bedoelen we met...?

Bagage

Alle spullen die je tijdens de reis bij je hebt. En deze spullen gebruik je voor jezelf.

Dagwaarde

De *nieuwwaarde* min een bedrag voor veroudering en slijtage.

Meer informatie over de dagwaarde lees je op unive.nl/afschrijvingslijsten.

Familielid in de 1e of 2e graad

- partner
- ouders, schoonouders, pleegouders, stiefouders
- kinderen, schoonzons, schoondochters, pleegkinderen, stiefkinderen
- broers, zwagers, pleegbroers, stiefbroers
- zussen, schoonzussen, pleegzussen, stiefzussen
- opa's, oma's
- kleinkinderen

Familielid in de 3e graad

- kinderen van broers of zussen
- ooms en tantes
- overgrootouders
- achterkleinkinderen

Fraude

Als je ons opzettelijk misleidt met het doel voordeel te behalen voor jezelf of een ander.

Bijvoorbeeld als wij een schade vergoeden, waar jij of een ander eigenlijk geen recht op hebt. Of je probeert ons te misleiden. Het maakt niet uit hoe je dit probeert.

Als je ons via iemand anders misleidt, is dit ook fraude. Of als je iemand anders de gelegenheid geeft ons te misleiden met het doel voordeel te behalen.

Garage

Een bedrijf dat het motorrijtuig kan repareren. Dit kan bijvoorbeeld ook een bandenspecialist zijn.

Huisgenoot

Een persoon waarmee je samenwoont op hetzelfde adres. Jullie moeten beide op hetzelfde adres staan ingeschreven bij de gemeente.

Kostbare spullen

Zonnebrillen en alle spullen die genoemd staan in artikel 4.1.1 onder:

- mobiele telefoons, smartphones, smartwatches en niet ingebouwde navigatiesystemen
- waardevolle spullen
- elektronische apparaten
- geld

Mantelzorg

Mantelzorg is onbetaalde en vaak langdurige zorg voor zieke familieleden, vrienden of buren. Dit kan verzorging zijn of hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Motorrijtuig

- Motorrijtuigen:
 - waarvan jij de eigenaar bent of die je huurt, least of leent;
 - die je mag besturen met rijbewijs A, AM, B of BE;
 - met een Nederlands kenteken;
 - waarmee je vanuit Nederland reist.

- Je aanhanger die aan het motorrijtuig vast zit. Een caravan of vouwwagen is ook een aanhanger.
- Een motorrijtuig dat het verzekerde motorrijtuig tijdelijk vervangt. Dit geldt als:
 - je motorrijtuig gerepareerd wordt, en
 - dit andere motorrijtuig niet verzekerd is, en
 - dit andere motorrijtuig vergelijkbaar is met je eigen motorrijtuig.

Nieuwwaarde

Het bedrag waarmee je op het moment van ontstaan van de schade dezelfde of vergelijkbare spullen nieuw kunt kopen.

Openbaar vervoer

Vervoer dat voor iedereen beschikbaar is. Voorbeelden zijn:

- bus
- taxi
- trein
- vliegtuig
- boot

Pech

- als je *motorrijtuig* plotseling niet meer goed werkt door een storing vanuit het *motorrijtuig* zelf
- een lekke band
- een lege accu
- een lege tank
- verkeerde brandstof in de tank
- sleutel in afgesloten voertuig laten liggen

Polis

Het bewijs van verzekering.

Reisdocumenten

Dit zijn:

- rij- en kentekenbewijzen
- kentekenplaten
- biljetten voor vervoer
- identiteitsbewijzen
- toeristenkaarten
- paspoorten
- skipassen

Reissom

Het totale bedrag dat je betaald hebt voor boekingen en reserveringen van vervoer en verblijf, voorafgaand of tijdens de reis. Hieronder vallen niet de kosten die je op de plaats van bestemming maakt voor bijvoorbeeld toegangskaartjes voor attracties welke je aan de kassa koopt, boodschappen of de huur van strandbedjes.

Samenwonen

Je woont met je partner samen als jullie op hetzelfde adres staan ingeschreven bij de gemeente.

Verzekerde(n)

- jij
- gezinsleden die op hetzelfde adres wonen
- kinderen die voor studie uitwonend zijn
- kinderen die bij je ex-partner wonen

Deze personen moeten op de *polis* staan.

Verzekerde(n) bij artikel 3.4.7:

- de mensen die als *verzekerde* op de *polis* staan, als:
 - bestuurder van een *motorrijtuig*;
 - passagier van een *motorrijtuig*.
- de mensen die bij hen in of op het *motorrijtuig* zitten.

Vaste stand- of seizoenplaats

Een vaste standplaats is een jaarplaats waar je (sta)caravan, chalet, huisje of tent gedurende het hele jaar blijft staan. Een seizoenplaats is een kampeerplaats die voor een seizoen wordt gehuurd om daar in een (sta)caravan, chalet, huisje of tent te verblijven. Een seizoen is een periode van minimaal 3 maanden achter elkaar.

Vrijwilligerswerk

Werk:

- waar je geen geld voor krijgt, met uitzondering van een onkostenvergoeding;
- dat niet verplicht is;
- dat je belangeloos doet voor andere mensen of de samenleving;
- dat is geregeld door een organisatie.

Wintersport(en)

Sport waar sneeuw voor nodig is. Zoals skiën en snowboarden.

Woonadres

Het adres waar je:

- staat ingeschreven bij een gemeente in Nederland, en
- waar je woont en het meeste bent.

Zaakwaarnemer

Iemand die jou als ondernemer heeft aangewezen om je belangen te behartigen.