



Buitenlandverzekering

Verzekeringsvoorwaarden 2023

Inhoudsopgave

Belangrijke telefoonnummers en adressen	3
Algemeen gedeelte	4
1 Begripsomschrijvingen	4
2 Algemene bepalingen	8
3 Premie	11
4 Overige verplichtingen	12
5 Wijziging premie en voorwaarden	13
6 Ingang, duur en beëindiging	13
7 Uitsluitingen	14
8 Klachten en geschillen	15
9 Zorgcoach	16
10 Buitenland	16
11 Slotbepaling	16
Dekking	17
1 Algemeen	17
2 Huisartsenzorg	17
3 Verloskundige zorg	17
4 Medisch specialistische zorg	17
5 Trombosedienst	17
6 Second opinion	18
7 Niet-klinische nierdialyse	18
8 Chronische intermitterende beademing	18
9 Revalidatie	18
10 Erfelijkheidsonderzoek	18
11 In vitro fertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	18
12 Audiologische zorg	18
13 Plastische en/of reconstructieve chirurgie	19
14 Transplantatie van weefsels en organen	19
15 Fysiotherapie en oefentherapie	19
16 Logopedische behandeling	19
17 Ergotherapie	19
18 Dieetadvisering	19
19 Tandheelkundige zorg	20
20 Geneesmiddelen	20
21 Dieetpreparaten	20
22 Hulpmiddelen	21
23 Verblijf	21
24 Kraamzorg	21
25 Ambulancevervoer	22
26 Zittend ziekenvervoer	22
27 Voorzienbare zorg in een ander land dan het woonland	22
28 Medische noodzakelijke zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland	22
29 Hulpverlening bij verblijf in het buitenland	22
30 Repatriëring	22
31 Huidbehandelingen	22
32 Psoriasisdagbehandeling	22
33 Alternatieve geneeswijzen	23
34 Homeopatische en antroposofische (genees)middelen	23
35 Onderzoeken	23
36 Preventieve vaccinaties en middelen	23
37 Stottertherapie	23
38 Nachtelijk verblijf na oncologische behandeling	23
39 Logeerfaciliteit	23

Welkom bij Zilveren Kruis

Belangrijke telefoonnummers en adressen

Klantcontact 071 751 00 51

De klantenservice van Zilveren Kruis heeft gespecialiseerde medewerkers paraat staan om uw vragen goed te beantwoorden en is elke werkdag bereikbaar van 8.00 tot 20.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur.

Zorgcoach

Wilt u zorgadvies of bemiddeling? U kunt hiervoor bellen met onze Persoonlijke Zorgcoach.
Telefoonnummer +31 (0)71 - 364 02 80.

Alarmcentrale Eurocross

Telefoon: +31 (0)71 36 46200 voor noodgevallen en spoedeisende medische hulp in het buitenland, dag en nacht voor u bereikbaar.

Insturen nota's

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren via de Declaratie-app of Mijn Zilveren Kruis.

U kunt de originele nota ook per post indienen en sturen naar:

Zilveren Kruis,
Postbus 444
2300 AK Leiden

Centrale Klachtencoördinatie

Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, telefonisch of via onze website. Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

Privacy

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, houden wij ons aan de wetten en regels voor privacy.

Algemeen gedeelte

1 Begripsomschrijvingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

Geneeswijzen die naar aard en behandelwijzen afwijken van reguliere geneeswijzen.

Apotheker/apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of als specialist bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Besluit zorgverzekering

Besluit van 28 juni 2005 houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89 van de Zorgverzekeringswet.

Bewijs van diagnose

Diagnose die door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist is vastgesteld en in uw patiëntdossier is opgenomen. Indien u een bewijs van deze diagnose aan de paramedische zorgverlener kunt overleggen, is een verwijzing voor de behandeling niet meer nodig.

Diagnose Behandel Combinatie (DBC) (zorgproduct)

Een DBC beschrijft, door middel van een DBC-code die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Dit omvat (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 verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

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. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, 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.

Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg omvat:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering door 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 voorwendzelen.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als fysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of als specialist bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Gezin

Eén volwassene, dan wel 2 gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen kinderen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (Wtos) of op buitengewone lastenafrek ingevolge de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Instelling

- a. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi);
- b. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, dan wel zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Kraamcentrum

Een instelling die kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg

De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

Een logopedist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Machtiging/toestemming

Een schriftelijke toestemming die door Zilveren Kruis wordt verstrekt ten behoeve van de verzekerde voor de afname van bepaalde zorg, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

Mantelzorg

Van mantelzorg is sprake als er onbetaald en langdurig wordt gezorgd voor een chronisch zieke of gehandicapte uit uw directe sociale omgeving.

Manueel therapeut

Een manueel therapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als manueel therapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of als specialist bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

Een arts die is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Mondhygiënist

- a. Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut en van Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553).
- b. Een geregistreerd-mondhygiënist die niet alleen voldoet aan de opleidingseisen zoals bedoeld onder a. maar ook aan de opleidingseisen zoals opgenomen in het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist en als zodanig geregistreerd staat in het betreffende tijdelijk ingestelde BIG-register. Een geregistreerd-mondhygiënist zoals bedoeld onder b. is zelfstandig bevoegd om röntgenfoto's te maken, te verdoven en eerste gaatjes te vullen. Een mondhygiënist zoals bedoeld onder a. die niet BIG-geregistreerd is, mag dat alleen in opdracht van een tandarts.

NZa

Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die ook als oefentherapeut Cesar/Mensendieck geregistreerd staat in het in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Opname

Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kan worden geboden.

Orthodontist

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

Overgangsconsulente

Een verpleegkundige die de specialistische opleiding gevolgd heeft tot overgangsconsulente bij de organisatie Care for Women of die aangesloten is bij de overgangspraktijk Women's Life en/of lid is van de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC).

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering en/of aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.

Psychiater

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

Regeling zorgverzekering

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer Z/VV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, nr. 171.

Sanctiewet 1977

De Sanctiewet 1977 stelt wettelijke eisen aan (financiële) instellingen om hun integriteit te waarborgen en zo ongewenste handel, witwassen en terrorisme te bestrijden.

Schoonheidsspecialist

Een schoonheidsspecialist met het diploma Voortgezette Opleiding of het vakdiploma specialisatie Camouflage, Acne of Ontharingstechnieken of Elektrisch ontharen. Deze (vak)diploma's moeten geregistreerd zijn bij de ANBOS.

Spoedeisende zorg

Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. Of hiervan sprake is wordt bepaald door de medisch adviseurs van Zilveren Kruis en/of de medisch adviseurs van Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.

Sportmedische instelling

Een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met u (verzekeringnemer) bedoelen wij degene die de basisverzekering en/of aanvullende verzekeringen met ons is aangegaan.

Uitsluitingen

Uitsluitingen in de verzekeringsovereenkomst bepalen dat een verzekerde geen aanspraak heeft op of recht heeft op vergoeding van zorg of de kosten van zorg.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Bosnië-Herzegovina, Macedonië, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije. Het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) heeft in 2020 een verdrag gesloten met de Europese Unie (EU) voor de vergoeding van zorgkosten. Op het op moment van vastleggen van deze polisvoorwaarden voor 2023 accepteert het Verenigd Koninkrijk EHIC en S2-verklaring. Mocht wet- en regelgeving veranderen, dan zullen wij die verandering uitvoeren vanaf de ingangsdatum.

Verloskundige

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Verpleegkundige

Een verpleegkundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Verwijzing/Verklaring

Een verwijzing/verklaring is uiterlijk één jaar geldig. Een verwijzing/verklaring is maximaal 1 jaar geldig, met uitzondering van een verwijzing voor GGZ. Deze verwijzing is maximaal 9 maanden geldig tot het moment van aanmelding bij de zorgaanbieder.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Voorkeursleverancier/voorkeursaanbieder

Een leverancier/zorgaanbieder waarmee/met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarmee/met wie specifieke afspraken zijn gemaakt.

Wij/ons

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V..

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg-tarieven

Tarieven zoals vastgesteld of goedgekeurd door het NZa, volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. die statutair gevestigd is te Utrecht, KvK-nummer: 06088185 en geregistreerd is bij de AFM onder nummer 12000646.

Zvw

Zorgverzekeringswet.

2 Algemene bepalingen

2.1 Uw zorgverzekering

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden staat welke zorg verzekerd is en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn.

Deze zorgverzekering is gebaseerd op:

- a. de gegevens die u heeft verstrekt bij het schriftelijk, of op andere wijze, aanvragen van deze zorgverzekering;
- b. vergoedingen welke bewezen doelmatig en doeltreffend zijn.

2.1.1 Procedure zorgverzekering afsluiten

De door u afgesloten zorgverzekering wordt weergegeven op het polisblad.

U meldt zich bij ons voor deze zorgverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de door ons gestelde voorwaarden. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) één keer per jaar van ons.

Het kan zijn dat bij het aanvragen van een zorgverzekering gezondheidsvragen gesteld worden, of dat u verzocht wordt een gezondheidsverklaring in te vullen. Dit verschilt per verzekering. De vragen worden direct bij het aanvragen gesteld door ons of later wanneer wij uw aanvraag beoordelen. In een aantal gevallen sluiten wij geen zorgverzekering voor u af. Wij kunnen uw aanvraag weigeren als:

- a. u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- b. u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 2.10 van deze voorwaarden;
- c. uw gezondheidstoestand hier aanleiding toe geeft;
- d. u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit deze zorgverzekeringen;
- e. op grond van de Sanctiewet 1977.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn hoofdstuk I en de Begripsomschrijvingen op de in dit document genoemde verzekeringen van toepassing.

2.2 Collectieve overeenkomst

De bepalingen van de met de collectief contractant gesloten collectieve overeenkomst prevaleren indien en voor zover zij afwijken van het gestelde in deze verzekeringsvoorwaarden. Indien de bepalingen in de met de werkgever gesloten collectieve overeenkomst niet langer van toepassing zijn, worden de bepalingen van de zorgverzekeringen, zoals deze voor individueel verzekerden gelden, weer van toepassing. Er kan slechts aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd worden deelgenomen.

Deze zorgverzekering wordt beëindigd vanaf het moment dat niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden om deel te nemen aan de collectieve overeenkomst, bijvoorbeeld bij einde dienstverband. De zorgverzekeraar kan vervolgens aan de verzekeringnemer een aanbod doen voor een verzekering op individuele basis.

2.3 Medische noodzaak

Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat alleen indien en voor zover u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. 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 de praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

2.4 Wie mag de zorg verlenen

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

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door de zorgverzekeraar gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven indien dit het geval is. In de gevallen waarin gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders kan de verzekerde geen of een lagere vergoeding krijgen.

Voor de overige vormen van zorg bestaat vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders is vermeld op onze website [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of kan telefonisch opgevraagd worden; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. De erkende zorgaanbieders staan vermeld in het betreffende zorgartikel.

Zijn er voor de betreffende zorg gecontracteerde zorgaanbieders? En gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen.

De maximale vergoedingen van de niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunt u raadplegen op onze website.

Met sommige leveranciers zijn specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

2.5 Vergoeding van de kosten van zorg

Vergoeding van de kosten van zorg vindt uitsluitend plaats op basis van maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijzen of op basis van het door de zorgverzekeraar met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen of vastgestelde tarief. Als een tarief geldt dat lager is dan het wettelijk maximum, dan is voor de vergoeding bepalend het door of namens de zorgverzekeraar vastgestelde bedrag.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. De maximale vergoedingen van de niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunt u raadplegen op onze website.

2.6 Ontlenen recht

Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg bestaat uitsluitend indien en zolang aan de verzekeringsovereenkomst rechten kunnen worden ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Indien in deze verzekeringsovereenkomsten wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend. Indien er sprake is van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (DBC), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van deze zorgverzekering.

2.7 Aanspraak op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Als de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens-, zorg-, of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht (Wft) van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op vergoeding van de kosten van prestaties tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. De NHT bepaalt dit percentage. De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedeckking bij de NHT. Dit clausuleblad maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomsten en is op aanvraag verkrijgbaar. U vindt het NHT clausuleblad op onze website.

2.8 Bescherming persoonsgegevens

Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij:

- a. om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- b. om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot de zorgverzekeraar behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
- c. om producten en diensten te verbeteren;
- d. om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- e. voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse;
- f. om risico's in te schatten;
- g. voor relatiebeheer;
- h. om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en volgens de eventueel daaruit voortvloeiende wet- en regelgeving. Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

2.8.1 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

Wilt u geen informatie over onze producten en/of diensten? Of wilt u uw toestemming intrekken voor het gebruik van uw e-mailadres? Meldt u dit dan schriftelijk bij onze Klantenservice of via onze website.

2.8.2 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op stichtingcis.nl.

2.8.3 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw verzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis, het CAK en/of het BRP) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de zorgverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Indien de kosten van uw behandeling (deels) ook bij een andere (reis)verzekeraar voor vergoeding in aanmerking komen zullen wij die eerst vergoeden en vervolgens (deels) verhalen op de betreffende verzekeraar. Hiervoor delen wij uw medische gegevens met de (reis)verzekeraar. Wij verkopen uw gegevens niet.

2.8.4 Wij registreren uw Burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht uw Burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

2.8.5 Waar leest u meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Zilveren Kruis?

In ons privacy statement leest u hoe wij omgaan met uw privacy en de verwerking van persoonsgegevens. Ook leest u wat uw rechten zijn. En waarvoor wij uw gegevens gebruiken. Zilveren Kruis is onderdeel van Achmea. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor uw privacy.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Voor de uitvoering van uw verzekeringen mogen wij uw Burgerservicenummer (BSN) en adres delen met bijvoorbeeld zorgaanbieders. Als u uw adres geheim wilt houden, dan kunt u dat melden via de Basisregistratie Personen (BRP). Wij geven uw adres dan niet door.

2.9 Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende (e-mail) adres, worden geacht u of uw medeverzekerde te hebben bereikt. Als u ervoor kiest contact op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen. Waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in deze situatie ook verstaan 'per e-mail'. Onder adres wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.10 Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Als Zilveren Kruis fraude constateert, heeft dit tot gevolg dat elke uit deze verzekering voortvloeiende aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vervalt, waaronder ook aanspraken waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude).

Geconstateerde fraude zal ook tot gevolg hebben dat Zilveren Kruis:

- a. de persoonsgegevens van degene die fraude pleegt, alsmede degene die als medeplichtige of medepleger kan worden aangemerkt, opneemt in het Incidentenregister van de zorgverzekeraar. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) en wordt beheerd door Zilveren Kruis;
- b. het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars zal inlichten;
- c. de verzekering(en) beëindigt en gedurende een periode van 8 jaar kan weigeren nieuwe verzekeringsovereenkomsten te sluiten;
- d. de lopende (schade)verzekeringen kan beëindigen;
- e. registratie doet in de tussen financiële instellingen erkende in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR);
- f. al uitgekeerde vergoedingen terugvordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde;
- g. aangifte kan doen bij de politie, justitie en/of FIOD-ECD;
- h. de noodzakelijk gemaakte (onderzoeks)kosten vordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde.

2.11 Bedenkperiode

U kunt bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen 14 dagen na het aangaan van de verzekeringsovereenkomst, of als dit later is, 14 dagen na ontvangst van de verzekeringsvoorwaarden zonder opgave van redenen schriftelijk of per e-mail opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.12 Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

3 Premie

3.1 Wij stellen uw premie vast

Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw zorgverzekering is. Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Wordt de verzekerde 18 jaar? Dan bent u premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

Collectieve overeenkomst

De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag waarop deze overeenkomst van toepassing wordt op u, tot de dag waarop u niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan deze collectieve overeenkomst. U, respectievelijk verzekerde, kan alleen deelnemen aan één collectieve overeenkomst van zorgverzekering. De verzekeringsvoorwaarden, waaronder de premie(betaling), zoals die gelden voor de individuele overeenkomst gaan in op de dag volgend op de dag waarop u niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de betreffende collectieve overeenkomst van zorgverzekering.

3.2 Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Bij vooraf betaling van de premie per jaar, wordt een termijn-betalingskorting op de te betalen premie verleend. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

Wij hebben het liefst dat u de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt:

- a. premie;
- b. verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico;
- c. wettelijke eigen bijdragen;
- d. eigen betalingen;
- e. eventuele overige vorderingen.

U betaalt de in a. tot en met e. genoemde bedragen in dit artikel aan Zilveren Kruis. Betaling via automatische incasso worden door Zilveren Kruis geïncasseerd. Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via betaalmail of een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor administratiekosten moet betalen.

Automatische incasso

De toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eventueel eigen risico, eventuele eigen bijdragen en overige kosten. Het automatisch te incasseren bedrag voor eventueel eigen risico, eventuele eigen bijdragen en overige verschuldigde kosten is gemaximeerd tot € 385. Voorafgaand aan het incassomoment informeren wij u over de hoogte van het te incasseren bedrag en het moment waarop dit plaatsvindt. Voor bedragen boven de € 385 wordt een Accept Email toegezonden voor het gehele bedrag.

Afschrijving 10 kalenderdagen van tevoren aangekondigd

U ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u te versturen 10 kalenderdagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. Dit geldt niet voor de automatische incasso van de (periodieke) verzekeringspremie; het (periodiek) afschrijven van de verzekeringspremie wordt niet voorafgaand aan elke afschrijving aangekondigd. Uw verzekeringspremie wordt op de eerste werkdag van de maand geïncasseerd, voorafgaand aan de maand waarin u verzekerd bent, tenzij anders bepaald. U vindt uw betaalgegevens en de ingangsdatum van uw verzekering op uw polisblad.

3.3 Verrekening

Het is niet toegestaan om de door u te betalen bedragen te verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

3.4 Overlijden

In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de eerste dag na de dag waarop de verzekerde is overleden.

3.5 Wat gebeurt er als u niet op tijd betaalt?

De premie en eventuele andere kosten moeten op tijd betaald worden. Dit geldt ook als een derde betaalt.

Lukt dit niet? Of verwacht u dat dit niet gaat lukken? Neem dan contact met ons op via onze klantenservice.

U kunt ook op onze website via uw Mijn Omgeving een betalingsregeling aanvragen.

Het niet (tijdig) betalen van de premie kan (financiële) gevolgen voor u hebben

- a. Als u niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten sturen wij een aanmaning. Als niet wordt betaald binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen.
- b. In geval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. Over de periode van schorsing blijft u premie verschuldigd. De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgend op de dag waarop het gehele verschuldigde bedrag en de eventuele kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen.
In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De verzekering gaat dan in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- c. Wij kunnen administratiekosten, invorderingskosten (zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke) en wettelijke rente aan de verzekeringnemer in rekening brengen.
- d. Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij niet tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- e. Wij kunnen achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid c verrekenen met schadekosten die u heeft gedeclareerd dan wel met andere van ons te ontvangen bedragen.
- f. Wij hebben het recht gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten als de verzekering wegens niet tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd.

4 Overige verplichtingen

4.1 Verplichtingen

U en uw medeverzekerde zijn verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van ons of de zorgverzekeraar;
- aan ons, de medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, die nodig is voor de uitvoering van de verzekering;
- bij zorg waarvoor in deze verzekeringsvoorwaarden een machtiging is vereist, een verwijfsbrief van de behandelend huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist over te leggen, waaruit blijkt dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is;
- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. In dit verband treft u geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de zorgverzekeraar. U onthoudt zich van handelingen waardoor de zorgverzekeraar in zijn belangen kan worden geschaad;
- de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 2 maanden, na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn. Wijzigingen zijn onder meer geboorte, adoptie, overlijden, wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, draagt de zorgverzekeraar geen enkel risico.

Als de verplichtingen niet worden nagekomen en de belangen van ons hierdoor worden geschaad, kunnen wij het recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

4.2 Insturen van nota's en declaratietermijn

Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u de originele nota naar ons opsturen. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen, bankafschriften, betaalbewijzen, kassabonnen en dergelijke, tenzij in het betreffende vergoedingsartikel anders wordt vermeld. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding zij zijn gehouden. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag van factuurdatum. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Indien het om een nota uit het buitenland gaat, dan dient u het 'Declaratieformulier medische kosten buitenland' in te vullen. Dit formulier kunt u vinden op onze website. Zorgnota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Belangrijk! Betalingen worden altijd gedaan aan de verzekeringnemer, op het laatst bij ons bekende rekeningnummer.

4.3 Uw kosten online declareren

U kunt gebruik maken van de Declaratie-app of Mijn Zilveren Kruis. Informatie daarover staat op onze website. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen, niet volledig gebruikte 'rittenkaarten' (vooruitbetaling van meerdere behandelingen in een keer tegelijk) en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Indien u een nota van een zorgverlener zelf heeft betaald, kunnen wij u verzoeken om een betaalbewijs. Dit geldt ook wanneer u de nota van de zorgverlener contant heeft betaald. Als wij u verzoeken om een betaalbewijs of de originele nota en u ons hiervan niet kan voorzien, wijzen wij uw declaratie (alsnog) af en krijgt u hierover bericht. Een zorgnota kwalificeert niet als betaalbewijs, hierbij moet u bijvoorbeeld denken aan een schriftelijke bevestiging van de zorgaanbieder, pintransactie of bankafschrift. Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's en betaalbewijzen te bewaren tot 2 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's en betaalbewijzen bij u opvragen.

4.4 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.

4.5 Verrekening van kosten

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

4.6 Verwijzing, voorschrift of toestemming

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

In een aantal gevallen is er voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, is er geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Als u naar een zorgaanbieder gaat met wie de zorgverzekeraar een contract heeft gesloten, dan is voorafgaande aanvraag voor toestemming niet nodig. De zorgaanbieder beoordeelt in dat geval of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt om toestemming aan de zorgverzekeraar. Als u naar een zorgaanbieder gaat met wie de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten, dan dient u zelf toestemming bij de zorgverzekeraar aan te vragen.

Voor meer informatie over toestemming kunt u terecht op onze website of kunt u contact met ons opnemen.

4.7 Belangen

Als de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van de in artikel 4.1 genoemde verplichtingen kunnen wij de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden schorsen.

5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1 Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de premie voor de daarin geregelde verzekeringen op ieder moment te wijzigen. Wij doen van de voorgenomen wijziging mededeling aan u. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere verzekering op een door ons vast te stellen datum. Ten aanzien van collectieve verzekeringen geldt dat de mogelijkheid tot herziening van voorwaarden en/of premies nader neergelegd kan zijn in de collectieve overeenkomst.

5.2 Opzeggingsrecht

Als wij de premie verhogen en/of de voorwaarden van de verzekering ten nadele van u wijzigt, bent u gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de verhoging c.q. wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u echter niet als de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen of als de verhoging van de premie rechtstreeks voortvloeit uit het bereiken van een leeftijd door de verzekerde, aan wiens leeftijd de premie is gekoppeld.

6 Ingang, duur en beëindiging

6.1 Ingang en duur

De verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde datum of op 1 januari van een kalenderjaar en wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering stilzwijgend verlengd, steeds voor de periode van een kalenderjaar. Vanaf het moment dat de verzekering ingaat, mogen wij aan derden (zorgaanbieders, leveranciers en dergelijke) inlichtingen vragen en geven voor zover wij dat nodig achten om de verplichtingen uit hoofde van de verzekering te kunnen nakomen.

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan, kunnen een zorgverzekering naar keuze afsluiten. Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen hetzelfde pakket als de hoogst verzekerde volwassene op de polis.

6.2 Wijziging verzekering

U kunt een verzekering steeds per 1 januari wijzigen in een andere verzekering. U dient de wijziging uiterlijk 31 december door te geven aan ons. Wij kunnen voor het aangaan van een zorgverzekering bijzondere voorwaarden stellen of daaraan verbinden. Een ingevulde en ondertekende gezondheidsverklaring kan verbonden worden aan toestemming van ons.

6.3 Einde van rechtswege

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekeringen eindigen van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht van de verzekerde volgens de Zorgverzekeringswet eindigt;
- bij permanente vestiging in het buitenland, tenzij wij anders bepalen;
- wij en/of de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van deze verzekeringen.

U stelt ons onmiddellijk op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over uzelf of een medeverzekerde die tot het einde van de verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als de wij op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komen dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, delen wij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan u mee.

Als de verzekering eindigt op grond van het onder lid e. gestelde, dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u wat de gevolgen zijn voor u en op welke datum de verzekering eindigt.

6.4 Opzegging door de verzekeringnemer

U kunt de verzekering schriftelijk of per e-mail opzeggen:

- uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
- tegelijk met de beëindiging van de (wettelijke) zorgverzekering;
- in de situaties vermeld in artikel 5.2.

6.5 Opzegging, ontbinding of schorsing door ons

Wij kunnen de verzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie zoals vermeld in artikel 3.5;
- indien u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- als er sprake is van fraude zoals vermeld in artikel 2.10;
- bij het opzettelijk niet, niet volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of stukken aan ons die tot nadeel voor ons en/of de zorgverzekeraar (kunnen) leiden;
- indien u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen;
- als u en/of de medeverzekerde heeft gehandeld met opzet om ons te misleiden of indien wij geen verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. Wij kunnen de verzekering in dat geval opzeggen, binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen;
- op grond van de Sanctiewet 1977.

6.6 Gezondheidsrisico

Wij kunnen de verzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde.

7 Uitsluitingen

Op zorg of vergoeding van de kosten van zorg:

- a. die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de verzekeringen waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan de zorgverzekeraar. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- b. van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten zonder schriftelijke akkoordverklaring van ons, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- c. die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- d. die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- e. waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wetmaatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- f. waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening indien de verzekering bij de zorgverzekeraar niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen op grond van deze verzekeringsvoorwaarden die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken;
- g. waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet of een daarmee overeenkomende zorg- of ziektekostenverzekering; de zorgverzekeraar hanteert het Convenant samenloop zorgverzekering/reisverzekering. Zie ook onze website;
- h. veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitierij, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft);
- i. als gevolg van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van de zorgverzekeraar;
- j. als de kosten in rekening worden gebracht door een zichzelf behandelend zorgverlener, een partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf een machtiging is verleend;
- k. als u zorgafspraken niet nakomt, of hulpmiddelen, geneesmiddelen of dieetpreparaten niet afhaalt. Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

8 Klachten en geschillen

8.1 Heeft u een klacht?

Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Zorgklachten. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website. Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

8.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 10 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

8.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Zorgklachten indienen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 10 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

8.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

8.5 Behandeling door de burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

8.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u een klacht bij ons indienen. U kunt ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) een klacht indienen hierover. Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

8.7 Nederlands recht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

8.8 Meer informatie?

Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de Klachtenbrochure vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

9 Zorgcoach

U heeft recht op zorgbemiddeling door onze zorgcoach. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen.

Op basis van die informatie:

- a. kunt u zelf uw keuze maken;
- b. of bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op. U vindt de contactgegevens in het overzicht van Belangrijke telefoonnummers en adressen in dit document.

10 Buitenland

10.1 Medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland

Medisch noodzakelijke zorg is onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland heeft voor medisch noodzakelijke zorg aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals bepaald in deze verzekeringsvoorwaarden.

Onder tijdelijk verblijf wordt verstaan een verblijf van ten hoogste 365 dagen. Bij opname in een ziekenhuis is de verzekerde verplicht de Alarmcentrale Eurocross, telefoonnummer +31 (0)71 36 46200 (+31 = internationaal toegangsnummer) in te schakelen.

10.2 Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, heeft u onze voorafgaande toestemming nodig. 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 één of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met de Alarmcentrale Eurocross, telefoonnummer +31 (0)71 36 46200 (+31 = internationaal toegangsnummer).

10.3 Verwijzing of voorschrift

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

10.4 Toestemming

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

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben gesloten?

Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. Dat kan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u [voorin](#) deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten?

Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen. Nadat de toestemming is verleend, ontvangt u van ons een garantieverklaring. Voor een aanvraag van toestemming hebben wij nodig:

- verwijzing van de huisarts/specialist;
- soort behandeling;
- kostenindicatie;
- behandelplan;
- naam ziekenhuis/polikliniek;
- naam specialist/behandelend arts.

11 Slotbepaling

In alle gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de zorgverzekeraar.

Dekking

1 Algemeen

1.1 De verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg overeenkomstig al hetgeen is bepaald in deze verzekeringsvoorwaarden.

Zorg in Nederland

De vergoeding van de kosten van zorg in Nederland vindt uitsluitend plaats op basis van het door of namens de zorgverzekeraar met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen of vastgestelde tarief óf op basis van de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Indien voor een vorm van zorg geen Wmg-tarief geldt of als met de betreffende zorgaanbieder geen tarief is overeengekomen dan worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan de naar Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Zorg in het woonland

De vergoeding van de kosten van zorg in het woonland, niet zijnde Nederland, vindt plaats tot maximaal de in dat land van toepassing zijnde wettelijke tarieven. Indien voor een vorm van zorg geen wettelijk tarief is vastgesteld vindt vergoeding plaats tot maximaal het voor het betreffende woonland geldende of voor vergelijkbare zorg of hulp marktconforme bedrag, tenzij anders is bepaald in deze verzekeringsvoorwaarden. De vergoeding wordt in euro's uitgekeerd op een Nederlands bank- of gironummer met inachtneming van de omrekenkoers geldend op de factuurdatum. De zorgverzekeraar hanteert de omrekenkoers van 'xe.com' (xe.com).

- 1.2 De kosten worden vergoed indien de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Op de vergoeding wordt een eventueel eigen risico of eigen bijdrage in mindering gebracht.
- 1.3 De zorgverzekeraar heeft het recht om de kosten van zorg, waarvan de verzekerde op grond van deze verzekeringsvoorwaarden aanspraak heeft rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder, die de zorg heeft verleend. Hiermee vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.
- 1.4 Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan zorgaanbieders kosten van zorg betaalt, en deze kosten vallen onder het met de verzekeringnemer overeengekomen eigen risico dan wel de kosten van zorg komen anderszins voor rekening van de verzekeringnemer op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, is de verzekerde de kosten verschuldigd aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar brengt deze kosten in rekening bij de verzekeringnemer, die zich verplicht tot betaling. Onverminderd de algemene verrekeningsbevoegdheid van de zorgverzekeraar kan deze de hiervoor genoemde kosten verrekenen met de aan de verzekeringnemer of verzekerde verschuldigde bedragen.
- 1.5 Indien bij bepaalde vormen van zorg een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel. De verzekerde is te allen tijde verantwoordelijk voor de machtigingsaanvraag.

Geneeskundige zorg

2 Huisartsenzorg

Volledige vergoeding van de kosten van huisartsenzorg zoals huisartsen die plegen te bieden met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek. Onder huisartsenzorg worden zowel consulten op het spreekuur van een huisarts of dienstenstructuur, als visites van een huisarts ten huize van verzekerde verstaan. Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van keuringen en van visites van een huisarts gemaakt in het ziekenhuis.

Bijzonderheden

Onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt tevens verstaan zorg die wordt geleverd door derden die medisch bevoegd zijn, onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts zoals een maatschappelijk werker, nurse practitioner of praktijkondersteuner.

3 Verloskundige zorg

Volledige vergoeding van de kosten van verloskundige zorg zoals verloskundigen deze plegen te bieden, inclusief het gebruik van de verloskamer indien de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt door een verloskundige of huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist.

4 Medisch specialistische zorg

Volledige vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende specialistische onderzoek. Onder medisch specialistische zorg zijn ook begrepen de materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

- a. behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- b. behandeling gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie;
- c. behandelingen gericht op circumcisie (besnijdenis);
- d. plastische chirurgische behandelingen die zijn uitgesloten (zie artikel 13).

5 Trombosedienst

Vergoeding van de kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts.

De zorg omvat:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. het verrichten, dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten, van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
- c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- d. het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de in lid c aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

6 Second opinion

Volledige vergoeding van de kosten van het raadplegen van een andere specialist ('second opinion'), indien de behandelend medisch specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld.

7 Niet-klinische nierdialyse

Volledige vergoeding van de kosten van niet-klinische nierdialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij verzekerde thuis.

8 Chronische intermitterende beademing

Volledige vergoeding van de kosten van noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verbandhoudende medisch specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt - vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum - ten huize van de verzekerde, bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

- het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksbaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege het beademingscentrum.

9 Revalidatie

Volledige vergoeding van de kosten van onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend indien en voor zover:

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

Vergoeding vindt plaats na overlegging van het door de specialist opgestelde behandelplan.

10 Erfelijkheidsonderzoek

Volledige vergoeding van de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een arts of medisch specialist. De zorg omvat het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

11 In vitro fertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

11.1 In vitro fertilisatie (IVF)

Vergoeding van de kosten van de eerste 3 pogingen van in vitro fertilisatie (IVF) per te realiseren zwangerschap, mits er sprake is van een alom geaccepteerde medische indicatie en de behandeling wordt verricht door een vergunninghoudende instelling door een gynaecoloog op verwijzing van een gynaecoloog of uroloog.

Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van ten minste 12 weken gemeten vanaf het moment van de laatste menstruatie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

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

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

Bijzonderheden

- een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. U heeft geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie;
- voor het recht op geneesmiddelen die verband houden met de eerste, tweede en derde poging in-vitrofertilisatie (IVF), zie onder artikel 20, 'Geneesmiddelen'.

11.2 Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Volledige vergoeding van de kosten voor operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie (KI) door een gynaecoloog of uroloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling op verwijzing door huisarts of specialist.

12 Audiologische zorg

Volledige vergoeding van de kosten van zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, een en ander op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

13 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Vergoeding voor de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 4 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- d. verslakte bovenoogleden anders dan genoemd onder 3a als er sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking. Hiervan is sprake als de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi één mm boven het centrum van de pupil hangt of lager. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil, terwijl de verzerde ontspannen recht vooruit kijkt;
- e. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- f. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- g. uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

- a. liposuctie van de buik;
- b. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- c. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

De behandeling dient plaats te vinden door een medisch specialist op verwijzing van een huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Voor de vergoeding is een machtiging vereist met toelichting van de behandelend medisch specialist aan te vragen via de Alarmcentrale Eurocross. Bij de aanvraag voor de zorg genoemd onder punt 3b. moet een foto worden meegestuurd (gemaakt door het ziekenhuis of uzelf) waarop de afwijking – zoals omschreven onder punt 3b – goed zichtbaar is.

14 Transplantatie van weefsels en organen

14.1 Vergoeding van de kosten van de hierna genoemde weefsel- en orgaantransplantaties, mits de transplantaties plaatsvinden in een door de bevoegde overheidsinstantie voor deze verrichtingen erkende instelling en hiervoor officieel goedgekeurde tarieven zijn afgegeven in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat.

Vergoed worden uitsluitend de kosten van transplantaties en in verband daarmee gedeclareerde weefseltyperingen van beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever, long, hart/long, nier/pancreas.

14.2 Donor

Onder de aanspraak valt tevens de vergoeding van kosten van zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie. Vergoeding van de hiervoor genoemde kosten, voor zover gemaakt aan de kant van de donor, vindt plaats aan de donor gedurende ten hoogste 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest en uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met de opneming.

Voorts kan de donor aanspraak maken op de vergoeding van kosten voor vervoer in de laagste klasse van het openbaar vervoer, dan wel -indien en voor zover noodzakelijk- per auto, in verband met de selectie, opneming in en ontslag uit het ziekenhuis en met de hiervoor bedoelde zorg ten behoeve van de donor.

Aanspraak op de vergoeding van kosten ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf van de zorgverzekeraar.

Paramedische zorg

15 Fysiotherapie en oefentherapie

Volledige vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze plegen te bieden, door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar, oedeemtherapeut, psychosomatisch therapeut of bekkentherapeut, op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts of een specialist. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van onder andere zwangerschaps- en kraamgymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie, arbocuratieve of reïntegratietrajecten en individuele dan wel groepsbehandeling of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

16 Logopedische behandeling

Volledige vergoeding van de kosten van zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, door een logopedist op voorschrift van een arts, tandarts of orthopedagoog, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien de nota vergezeld is van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie wordt vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch geïndiceerd is. Niet bedoeld worden de logopedische behandelingen in verband met dyslexie, taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid, beroepsuitoefening zoals voor musici, spreken in het openbaar of voordrachtskunst.

17 Ergotherapie

Vergoeding van de kosten van behandelingen zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg ten doel heeft de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzerde te bevorderen of te herstellen, tot ten hoogste 10 behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van een huisarts of specialist.

18 Dieetadvisering

Vergoeding van de kosten van voedingsadviezen zoals diëtisten die plegen te bieden, door een diëtist na schriftelijke verwijzing door een huisarts of de behandelend specialist. De maximale vergoeding hiervoor bedraagt 4 behandeluren per persoon per kalenderjaar.

Mondzorg

19 Tandheelkundige zorg

Mondzorg omvat vergoeding van kosten van de tandheelkundige zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten deze plegen te bieden.

19.1 Vergoedingsregeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Vergoeding voor de kosten van behandelingen door een tandarts of bevoegd en erkend centrum voor bijzondere tandheelkunde, waarbij de vergoeding voor bruggen, brugdelen en kronen ten hoogste € 500 per verzekerde per kalenderjaar bedraagt.

19.2 Orthodontische behandeling (gebitsregulatie) voor verzekerden tot 18 jaar

Vergoeding voor de kosten van behandeling door een orthodontist of tandarts in verband met een orthodontische behandeling (gebitsregulatie). Indien de aangevangen orthodontische behandeling niet eindigt voor het bereiken van de achttienjarige leeftijd, zal voor de voortgezette behandeling eveneens vergoeding van kosten plaatsvinden.

19.3 Chirurgische tandheelkunde van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Volledige vergoeding van de kosten van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, door een kaakchirurg, met uitzondering van paradontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. Onder chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt tevens begrepen de tandheelkundige hulp die wordt verleend door een tandarts met een registratie voor mondziekten en kaakchirurgie.

19.4 Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

- indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;
- een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Orthodontische hulp is slechts begrepen onder de zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, sub a tot en met c, ingeval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Verwijzing kan uitsluitend plaatsvinden door een tandarts of orthodontist of kaakchirurg.

Plaatsen implantaten

De zorg zoals genoemd in dit artikel onder sub a omvat ook het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

19.5 Tandheelkundige prothese op implantaten

Vergoeding inclusief techniekkosten, voor de kosten van een volledige uitneembare overkappingsprothese op implantaten, vervaardigd en geplaatst door een tandarts. Per overkappingsprothese komt een eigen bijdrage van € 125 per boven- of onderkaak voor rekening van verzekerde. Vergoeding vindt plaats na voorafgaande toestemming door de zorgverzekeraar.

19.6 Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Vergoeding van 75% van de kosten, inclusief techniekkosten, van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de onder of bovenkaak, vervaardigd door een tandarts of tandprotheticus.

De vergoedingen als genoemd in de artikelen 19.4 tot en met 19.6 worden uitsluitend verleend na voorafgaande schriftelijke toestemming voor de behandeling door de zorgverzekeraar.

Farmaceutische zorg

20 Geneesmiddelen

Vergoeding van de kosten (van aflevering) van geneesmiddelen op voorschrift van een huisarts, verloskundige, medisch specialist, tandarts of kaakchirurg, die volgens de in het woonland geldende wettelijke bepalingen als geneesmiddel mogen worden afgeleverd en die voor vergoeding in aanmerking komen. Hieronder worden tevens verstaan anticonceptiva zoals anticonceptiepil, koperhoudend spiraaltje (IUD) en pessarium. De geneesmiddelen dienen te worden afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

- middelen die in Nederland ook zonder recept verkrijgbaar zijn;
- versterkende- en voedingsmiddelen;
- vermageringsmiddelen;
- tonica, medicinale wijnen, traanproducten;
- vitaminepreparaten;
- laxemiddelen;
- cosmetische middelen.

Voor vergoeding van geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen, zie artikel 36.

21 Dieetpreparaten

Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten, op voorschrift van een huisarts, medisch specialist of kaakchirurg, en afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

De kosten van dieetpreparaten komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een verzekerde:

- a. die lijdt aan een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis, of;
- b. met een dreigende ernstige ondervoeding en die lijdt aan chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstige congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft.

Hulpmiddelenzorg

22 Hulpmiddelen

Vergoeding van de kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in de Nederlandse Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en wettelijke eigen bijdragen) krachtens het Nederlandse Besluit Zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen.

De Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar maken deel uit van deze verzekeringsovereenkomst en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook zk.nl.

Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van verzekerde. Onder de kosten van normaal worden onder meer verstaan de kosten van energieverbruik en batterijen.

De te vergoeden hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling door de zorgverzekeraar.

Aanspraak op vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Verblijf in een instelling

23 Verblijf

Vergoeding van medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen in een regulier ziekenhuis of revalidatie-instelling zoals omschreven in artikel 2.10 van het Nederlandse Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen. De medische noodzaak wordt vastgesteld door de verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Bijzonderheden

Voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen, worden onderbrekingen van ten hoogste 30 dagen niet als onderbreking beschouwd. In afwijking hiervan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

Bevalling en kraamzorg

24 Kraamzorg

24.1 Kraamzorg in ziekenhuis of kraamcentrum

Verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling in een ziekenhuis of kraamcentrum zonder medische noodzaak, afhankelijk van de indicatie, met ingang van de dag van de bevalling. Het kraamcentrum indiceert de noodzakelijke zorg en wijst op basis daarvan het aantal te realiseren zorguren toe, waarbij vergoeding wordt verleend over tenminste 24 uur tot ten hoogste tachtig uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen.

24.2 Kraamzorg thuis

Indien kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat met ingang van de dag van de bevalling aanspraak op volledige vergoeding van de kosten. Voor iedere dag ziekenhuisopname wordt het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 8 dagen) per dag in mindering gebracht.

Indien bij combinatievormen van zorg door meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kosten in rekening worden gebracht, dan bestaat eveneens aanspraak op deze dubbele dag volgens bovengenoemde regeling.

24.3 Uitkering bij een meerling

Bij bevalling van een meeverzekerde meerling wordt eenmalig een bedrag van € 200 voor het tweede en volgende verzekerde kind vergoed.

24.4 Kraamzorg bij adoptie

Vergoeding van de kosten vindt plaats voor kosten van noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het adoptiekind, jonger dan 3 maanden, evenals het inpassen van zorg in het dagelijkse ritme. De vergoeding is gemaximeerd tot ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen voor de verzekerde moeder.

Ziekenvervoer

25 Ambulancevervoer

Vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is:

- naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Buitenlandverzekering komen;
- naar zijn woning of een andere woning indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen. Uitsluitend voor zover de zorgverzekeraar hiervoor uitdrukkelijk toestemming heeft verleend, is vervoer per ambulance over een grotere afstand mogelijk.

26 Zittend ziekenvervoer

Vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk vervoer per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, per taxi of eigen auto, over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer:

- naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Buitenlandverzekering komen;
- naar zijn woning of een andere woning indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.

De vergoeding bestaat uitsluitend in geval:

- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- de verzekerde is in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt. Indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet. De vergoeding voor het vervoer met een (eigen) particuliere auto is vastgesteld op € 0,25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

Buitenland

27 Voorzienbare zorg in een ander land dan het woonland

Vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden in een ander land dan het woonland van de verzekerde door een zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste 100% van het voor de verleende zorg vergelijkbare Nederlandse tarief. Vergoeding is uitgesloten indien men recht heeft op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of een sociale zekerheidsverdrag, indien voor de verzekerde van toepassing.

28 Medische noodzakelijke zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland

Vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen ten hoogste 200% van de kosten die bij een soortgelijke behandeling in Nederland zouden zijn uitgekeerd. Indien de behandeling in Nederland plaatsvindt, zal de vergoeding van de kosten geschieden volgens Nederlands tarief. Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland; Vergoeding van de kosten van Medisch noodzakelijk ambulancevervoer voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

29 Hulpverlening bij verblijf in het buitenland

In geval van medisch noodzakelijke zorg en acute ziekenhuisopname in het buitenland dient direct contact opgenomen te worden met de Alarmcentrale Eurocross. Alarmcentrale Eurocross is dag en nacht bereikbaar, ook in het weekend onder telefoonnummer +31 (0)71 36 46200.

30 Repatriëring

Vergoeding van de kosten van repatriëring van zieken of gewonden per ambulance en/of per vliegtuig, inclusief de in rekening gebrachte kosten voor begeleiding, indien hiervoor medische noodzaak aanwezig is. Ter beoordeling van de medische noodzaak dient een voorgenomen repatriëring vooraf te worden gemeld bij de zorgverzekeraar of Eurocross. De vergoeding is gemaximeerd tot € 10.000 en betreft uitsluitend repatriëring naar het woonadres.

Huidtherapie

31 Huidbehandelingen

Vergoeding voor de kosten tot maximaal € 350 per verzekerde per kalenderjaar voor de navolgende behandelingen:

- camouflagellessen en de aanschafkosten van de voor die lessen benodigde middelen;
- epilatie in het gelaat;
- peeling in geval van ernstige acne.

Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien de behandeling is voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelende huidtherapeut. Hieruit moet de noodzaak van de behandeling blijken.

32 Psoriasisdagbehandeling

Vergoeding voor de kosten van psoriasisdagbehandeling gericht op het voorkomen en bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis in een (dagbehandelings)centrum of een officieel erkend huidcentrum, tot een maximum van € 545 per verzekerde per kalenderjaar.

Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

33 Alternatieve geneeswijzen

Vergoeding voor de kosten per verzekerde per kalenderjaar tot maximaal € 550 voor de navolgende behandelingen:

- a. en/of natuurgeneeskundige consulten en/of behandelingen door een arts die praktiseert als natuurarts;
- b. en/of homeopathische consulten en/of behandelingen door een arts die praktiseert als homeopatisch arts;
- c. en/of antroposofische consulten en/of behandelingen door een arts die praktiseert als antroposofisch arts;
- d. en/of consulten en/of acupunctuur-behandelingen door een arts-acupuncturist;
- e. en/of consulten en/of behandelingen door een arts die behandelt volgens de Moermantherapie;
- f. en/of consulten en/of enzymtherapeutische behandelingen door een arts die praktiseert als enzymtherapeut;
- g. en/of consulten en/of flebologische/proctologische behandelingen door een arts die als fleboloog/ proctoloog werkzaam is;
- h. consulten en/of manueel therapeutische behandelingen door een arts voor manuele therapie;
- i. consulten en/of behandelingen door een arts voor orthomanele therapie of orthopedische geneeskunde;
- j. en/of consulten en/of chiropractische behandelingen door een chiropractor;
- k. en/of consulten en/of podotherapeutische behandelingen door een podotherapeut, met uitzondering van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen waaronder steunzolen;
- l. en/of consulten en/of behandelingen door een osteopaat;
- m. en/of behandelingen door een reflexzone therapeut.

Vergoeding voor de kosten van Eurythmietherapie en/of therapeutische schilder- en boetseerlessen op voorschrift van een antroposofisch arts tot maximaal € 125 per verzekerde per kalenderjaar.

34 Homeopathische en antroposofische (genees)middelen

Vergoeding voor de kosten voor homeopathische en/of antroposofische (genees)middelen, tot maximaal

€ 250 per verzekerde per kalenderjaar mits, deze middelen zijn voorgeschreven door een arts, medisch specialist, kaakchirurg, tandarts of verloskundige en zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Preventieve behandelingen

35 Onderzoeken

Vergoeding van de kosten van de navolgende preventieve onderzoeken:

- a. elektrocardiogram (E.C.G.) eenmaal per verzekerde per kalenderjaar;
- b. baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje), uitgevoerd door een huisarts;
- c. borstkankeronderzoek;
- d. prostaatkankeronderzoek eenmaal per verzekerde per 2 kalenderjaren.

36 Preventieve vaccinaties en middelen

Vergoeding voor de kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococci) meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis, ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland en vergoeding van de kosten van preventieve vaccinaties voor verzekerden overeenkomstig de Nederlandse inentingsregeling van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), tezamen tot een maximum van € 100 per verzekerde per kalenderjaar.

37 Stottertherapie

Vergoeding voor de kosten van stottertherapie volgens de methode Del Ferro, BOMA of Hausdörfer of vergelijkbare methode tot maximaal € 500 per verzekerde, voor de gehele duur van de verzekering.

Overig

38 Nachtelijk verblijf na oncologische behandeling

Vergoeding voor de kosten van nachtelijk verblijf tot een maximum van € 35 per nacht per verzekerde in een aan het ziekenhuis verbonden gast- of logeerkamer in aansluiting op een poliklinische behandeling door middel van bestraling c.q. behandeling met cytostatica.

39 Logeerfaciliteit

Vergoeding voor de kosten voor overnachting van de ouders in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen en aan dat ziekenhuis verbonden gast- of logeerkamer in geval van ziekenhuisopname van een krachtens de polis verzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

Wij helpen u graag verder



Kijk op zk.nl/contact

Voor een overzicht van alle contactmogelijkheden



Wilt u liever iemand persoonlijk spreken?

Wij zijn bereikbaar op 071 751 00 51

- Op werkdagen van 8.00 tot 20.00 uur
(vrijdag 24 en 31 december van 8.00 tot 17.00 uur)
- Op zaterdagen van 9.00 tot 13.00 uur
(Extra: zaterdag 13 november van 9.00 tot 17.30 uur)



Schrijven kan natuurlijk ook

Zilveren Kruis, Postbus 444, 2300 AK Leiden

Er zijn informatiedocumenten over uw zorgverzekering beschikbaar. U kunt deze documenten bekijken en downloaden via zk.nl/informatiedocument. Heeft u vragen belt u dan 071 751 00 51.

Kijk op zk.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, de hoogte van de vergoeding bij de nietgecontracteerde zorgverleners, het Reglement Hulpmiddelen, het Reglement Farmaceutische zorg, het Reglement Zvw-pgb, de Beroepsverenigingen van alternatief genezers die voldoen aan de criteria van Zilveren Kruis, de polisvoorwaarden, brochures, formulieren en overige informatie over onze verzekeringen. U kunt de informatie ook bij ons opvragen.

Voor de zorgverzekeringen van Zilveren Kruis is Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht (KvK 06088185, AFM 12000646) de verzekeraar. Voor de aanvullende verzekeringen van Zilveren Kruis is Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist (KvK 28080300, AFM 12000647) de verzekeraar.

Wij doen ons uiterste best om u goede en duidelijke informatie te geven. Klopt er iets niet in onze communicatie? Geef het dan aan ons door zodat wij het kunnen herstellen. Staan er onjuistheden in? Dan is Zilveren Kruis hiervoor niet aansprakelijk. Aan de inhoud van dit product of deze dienst kunt u geen rechten ontleenen.