

Algemene verzekerings- voorwaarden 2021

Aanvullende Verzekering Zorgzaam
Ster 1, Ster 2, Ster 3, Ster 4 en Ster 5

Welkom bij Zorgzaam

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw aanvullende zorgverzekering. De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, zijn op deze pagina voor u op een rij gezet. Wilt u meer weten? Ga dan naar www.zorgzaam.nl.

U vindt daar alle informatie over de Modelovereenkomst Zorgzaam en aanvullende verzekeringen.

Zorgeloos verzekerd

Mijn Zorgzaam

Regel uw verzekeringszaken, wanneer het u uitkomt. U kunt in Mijn Zorgzaam uw declaraties indienen, gegevens wijzigen en direct zien hoeveel verplicht en vrijwillig eigen risico u nog hebt. Log in met uw DigiD en ontdek de mogelijkheden op www.zorgzaam.nl/inloggen.

Zorgzaam Zorg app

Kent u de Zorgzaam Zorg app al? Met de app declareert u supersnel, bekijkt u uw vergoedingen en betaalt u rekeningen makkelijk met iDEAL. Uw zorgpas en alarmnummers hebt u altijd bij de hand. U logt veilig in met uw DigiD.

Contact:

De Helpdesk van Zorgzaam is van maandag t/m vrijdag van 08.00 tot 17.00 uur telefonisch bereikbaar via (+31) 072 527 76 77.

Zorgzaam Alarmcentrale: +31 (0)40 297 58 20 (+ = internationaal toegangsnummer).

De alarmcentrale is 24 uur per dag bereikbaar.

Vervoer:

Wilt u vervoerskosten declareren? U vindt de Declaratie vervoerskosten op www.zorgzaam.nl/formulieren. Of bel hiervoor met onze Helpdesk.

Gecontracteerde zorg:

Met welke zorgverleners voor welke zorg een contract is gesloten, vindt u op www.zorgzaam.nl/zorgverleners. Of bel hiervoor met onze Helpdesk.

Aanvragen toestemming:

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf toestemming van ons nodig heeft?

Dit vindt u terug in deze verzekeringsvoorwaarden. Wilt u toestemming aanvragen? Ga dan naar www.zorgzaam.nl

Declareren:

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via www.mijnzorgzaam.nl. Of via de Zorgzaam Zorg app.

U kunt veilig inloggen met uw DigiD.

Het bedrag dat wordt vergoed, ontvangt u binnen 10 werkdagen op uw rekening.

Declareert u liever per post?

Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

Zorgzaam

Postbus 25030

5600 RS Eindhoven



Inhoud

Welkom bij Zorgzaam	2
Artikel 1. Begripsomschrijvingen	5
Artikel 2. Grondslag en inhoud van de aanvullende verzekeringen en het toepassingsgebied	6
Artikel 3. Rechten en plichten van de verzekeringsnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar	6
3.1. Begin, einde en duur van de aanvullende verzekering	6
3.2. Te verzekeren risico en te verzekeren prestaties	7
3.3. De premie	8
3.4. Wederzijdse administratieve verplichtingen	9
Artikel 4. Overige bepalingen	11
4.1. Het aanvragen van toestemming	11
4.2. Overige verplichtingen van de verzekerde	11
4.3. Klachten en geschillen	11
4.4. Bescherming persoonsgegevens	12
4.5. Fraude	12
4.6. Molest / Terrorisme	12
Vergoedingen Aanvullende Verzekering Zorgzaam Ster 1, 2, 3, 4 en 5	13
Artikel 5. Basiszorg	13
5.1. Fertiliteitsbehandelingen	13
5.2. Second Opinion	13
5.3. Ziekenvervoer	14
Artikel 6. Alternatieve geneeswijzen	15
6.1. Alternatieve geneeskunde	15
6.2. Antroposofische geneeskunde	15
6.3. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	16
Artikel 7. Buitenland	16
7.1. Geneeskundige zorg bij plaatsing of vestiging in het buitenland	16
7.2. Geneeskundige zorg bij andere redenen van tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland of land van plaatsing	17
7.3. Preventieve inenting en malariapillen	18
7.4. Repatriëring	18
Artikel 8. Medisch-specialistische zorg	19
8.1. Boven ooglidcorrectie	19
8.2. Buikwandcorrectie	19
8.3. Flapoorcorrectie	20
8.4. Ooglaserbehandeling of lensimplantatie	20
8.5. Sterilisatie	20
Artikel 9. Farmaceutische zorg	20
9.1. Eigen bijdrage geneesmiddelen	20
9.2. Anticonceptiemiddelen	21



Artikel 10. Hulpmiddelen	21
10.1. Brillen en contactlenzen	21
10.2. Hoortoestellen	21
10.3. Plaswekker	22
10.4. Steunzolen en inlegzolen	22
10.5. Mutssja en mammaprothesebenodigdheden	22
Artikel 11. Mondzorg	23
11.1. Gebitsprothese (gedeeltelijke)	23
11.2. Gebitsprothese (volledige)	23
11.3. Inlays, kronen, bruggen en solitaire implantaten	23
11.4. Tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval	24
11.5. Orthodontie (gebitsregulatie) voor verzekerden tot 21 jaar	24
11.6. Orthodontie (gebitsregulatie)	25
11.7. Overige mondzorg	25
Artikel 12. Preventie	26
12.1. Lidmaatschap patiëntenverenigingen	26
12.2. Leefstijlcheck	26
12.3. Sportmedisch advies	26
Artikel 13. Therapieën	27
13.1. Acnebehandeling	27
13.2. Camouflagetherapie	27
13.3. Elektrische ontharing en laserontharing	27
13.4. Ergotherapie	28
13.5. Flebologische behandeling	28
13.6. Fysiotherapie en Oefentherapie	28
13.7. Herstellingsoord of zorghotel	29
13.8. Oedeemtherapie	30
13.9. Orthoptische behandelingen door een orthoptist	30
13.10. Podotherapie en pedicure voor reumatische en diabetische voet	30
13.11. Valpreventie	31
Artikel 14. Thuiszorgverstrekingen	32
14.1. Huishoudelijke hulp	32
14.2. Hospicezorg	32
14.3. Mantelzorgmakelaar	32
14.4. Reiskosten bezoek aan ernstig zieke kinderen	33
14.5. Verblijfkosten Ronald McDonaldhuis	33
14.6. Verblijfkosten in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek of familiehuis Daniël den Hoed	33
Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg	34
15.1. Kraampakket	34
15.2. Kraamzorg	34
15.3. Lactatiekundig consult	34
15.4. Poliklinische bevalling zonder medische noodzaak	35
15.5. Prenataal onderzoek	35
15.6. Uitgestelde kraamzorg	35
15.7. Elektrische borstkolf	35
15.8. Cursussen	36
Meer weten?	37

Artikel 1. Begripsomschrijvingen

Bijna-Thuis-Huis: Een Bijna-Thuis-Huis is een huis, waar mensen die ongeneeslijk ziek zijn, kunnen verblijven in de laatste periode van hun leven. Wanneer thuis verzorgd worden niet (meer) mogelijk is en een verpleeghuis niet noodzakelijk is, kan een Bijna-Thuis-Huis door de huiselijke sfeer een goede plek zijn. In een Bijna-Thuis-Huis is de (eigen) huisarts medisch verantwoordelijk.

Basisverzekering: Zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Hospicezorg: Hospicezorg is kortdurende opvang buitenshuis in daartoe specifiek ingerichte ruimtes waar ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven worden begeleid en verzorgd door professionele hulpverleners en/of vrijwilligers.

Lactatiekundige: Een lactatiekundige, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of de Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBB).

Mantelzorger: Een mantelzorger, die langdurig en onbetaald meer dan 8 uur per week of langer dan 3 maanden zorg verleent aan een chronisch zieke. Dit kan zijn een gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid of vriend met wie hij een persoonlijke band heeft. Het gaat om zorg die meer omvat dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is. Een mantelzorger is geen beroepskracht.

Mantelzorgmakelaar: Een mantelzorgmakelaar, die als zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar is ingeschreven in het landelijk Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM).

Modelovereenkomst Zorgzaam: De zorgverzekering in de zin van de Zvw zoals vastgelegd in de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Podotherapeut: Podotherapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVvP) en is ingeschreven in het kwaliteitsregister Paramedici.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC): Een zelfstandig behandelcentrum is een kliniek, die voldoet aan de bij of krachtens wet gestelde regels, waarin minstens twee specialisten samenwerken.

Zorgverzekeraar: De verzekeringsonderneming, die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt, in casu VGZ Zorgverzekeraar N.V. VGZ Zorgverzekeraar N.V. is statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09156723. VGZ Zorgverzekeraar N.V. is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. VGZ Zorgverzekeraar N.V. is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A.



Artikel 2. Grondslag en inhoud van de aanvullende verzekeringen en het toepassingsgebied

- 2.1. Een ieder, die is verzekerd volgens de Zvw en deel uitmaakt van de doelgroep van Zorgzaam komt in aanmerking voor de in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen aanvullende verzekeringen. Indien daarover overeenstemming bestaat tussen de verzekeraar en degene met wie het collectief contract is gesloten kunnen ook personen die niet verzekerd zijn volgens de Zvw in aanmerking komen voor de in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen aanvullende verzekering.
- 2.2. De verzekeringsvoorwaarden aanvullende verzekering vormen één geheel met de Modelovereenkomst Zorgzaam. De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan de verzekerde bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. De begripsomschrijvingen van artikel 1. van de Modelovereenkomst Zorgzaam zijn ook van toepassing op deze aanvullende verzekering. Het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn ook voor de aanvullende verzekering van toepassing. De documenten waar in deze verzekeringsvoorwaarden naar wordt verwezen, maken deel uit van de Aanvullende Verzekering Zorgzaam.
Het gaat om de volgende documenten:
 - Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
 - Regeling zorgverzekering;
 - Het Clausuleblad Terrorismedekking;
 - Overzicht gecontracteerde zorgverleners (zie Zorgzoeker);
 - Het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP);
 - Reglement hulpmiddelen Zorgzaam;
 - Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige;
 - Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera.
- 2.3. In artikel 3. van deze verzekeringsvoorwaarden zijn de rechten en plichten weergegeven, die partijen jegens elkaar hebben.
- 2.4. De genoemde documenten, schriftelijke gegevens verstrekt door degene met wie het collectief is gesloten en het collectieve contract, die onderdeel uitmaken van de verzekeringsovereenkomst, zijn eveneens van toepassing op de overeenkomst aanvullende verzekering. Het overzicht van gecontracteerde zorgverleners en de genoemde documenten liggen ter inzage bij de zorgverzekeraar en zijn raadpleegbaar op www.zorgzaam.nl. Op aanvraag kan de verzekerde schriftelijk informatie verkrijgen bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: (+31) 072 527 76 77 of via het contactformulier op www.zorgzaam.nl.
- 2.5. Op deze verzekeringsvoorwaarden is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Rechten en plichten van de verzekeringsnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar

3.1. Begin, einde en duur van de aanvullende verzekering

- 3.1.1. Indien deze aanvullende verzekering gelijktijdig is afgesloten met de Modelovereenkomst Zorgzaam gaat de aanvullende verzekering in op de dag, waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de aanvullende verzekering heeft ontvangen. In alle andere gevallen is de ingangsdatum afhankelijk van het resultaat van de medische beoordeling.
- 3.1.2. Bij het aangaan van de aanvullende zorgverzekering heeft de verzekeringsnemer een bedenktijd van 14 dagen. De verzekeringsnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.
- 3.1.3. De looptijd van de aanvullende verzekering is één kalenderjaar.
- 3.1.4. Indien de aanvullende verzekering wordt afgesloten in de loop van het kalenderjaar, geldt een looptijd tot het einde van het kalenderjaar.
- 3.1.5. De aanvullende zorgverzekering wordt na afloop van het kalenderjaar telkens met één jaar verlengd, tenzij uiterlijk twee maanden voor de dag waarop die termijn is verstreken, van de verzekerde een schriftelijk verzoek om beëindiging van de verzekering is ontvangen.



- 3.1.6. Wijziging aanvullende verzekering
De verzekeringnemer mag de aanvullende verzekering(en) wijzigen. De wijziging mag tot uiterlijk 31 januari 2021 aan de verzekeraar worden doorgegeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2021. Onder een wijziging wordt verstaan het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die de verzekeraar aanbiedt.
- 3.1.7. Indien het aanbieden van deze verzekering deel uitmaakt van een collectief contract, kan sprake zijn van afwijkende bepalingen.
- 3.1.8. De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- De zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen ziektekostenverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - De verzekerde overlijdt.
- 3.1.9. De zorgverzekeraar stelt degene met wie het collectief contract is gesloten en de verzekerde uiterlijk twee maanden voordat een aanvullende verzekering op grond van artikel 3.1.8. sub a. eindigt van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- 3.1.10. Degene met wie het collectief contract is gesloten stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde, die op grond van artikel 3.1.8. sub b., tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Indien de verzekerde het einde van de verzekeringsplicht niet op tijd mededeelt en de zorgverzekeraar kosten van zorg betaalt aan een zorgverlener, zal de zorgverzekeraar deze kosten bij de verzekeringsnemer (terug)vorderen. Indien de zorgverzekeraar van mening is dat de aanvullende verzekering op grond van dit lid eindigt of zal eindigen, deelt hij dit onder vermelding van de reden en datum van beëindiging van de verzekering aan degene met wie het collectief contract is gesloten mede.
- 3.1.11. De verzekerde kan de aanvullende verzekering zonder opgave van reden vóór 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. De verzekerde kan gebruik maken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Daarnaast kan de verzekerde in geval van wijziging van de voorwaarden en/of een premieverhoging de verzekering per de datum van wijziging van de voorwaarden en/of de premieverhoging beëindigen.
- 3.1.12. Degene met wie het collectief contract is gesloten kan de overeenkomst van de aanvullende verzekering beëindigen op de wijze, zoals vastgelegd in de tussen contractant en de zorgverzekeraar gesloten overeenkomst.
- 3.1.13. De verzekeraar kan de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.3.5..
- 3.1.14. De verzekeringsnemer is verplicht voor het sluiten van de verzekeringsovereenkomst alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de zorgverzekeraar afhangt op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten.
- 3.1.15. Indien de zorgverzekeraar ontdekt dat de verzekeringsnemer en/of verzekerde heeft gehandeld met de opzet haar te misleiden of indien de zorgverzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de verzekeringsovereenkomst binnen twee maanden na ontdekking met onmiddellijke ingang worden opgezegd.
- 3.1.16. Indien niet aan de mededelingsplicht conform artikel 3.1.13. is voldaan, vervalt iedere aanspraak op vergoeding van kosten, een en ander overeenkomstig artikel 7:17 BW..

3.2. Te verzekeren risico en te verzekeren prestaties

- 3.2.1. De Aanvullende Verzekering Zorgzaam voorziet in een dekking welke in artikel 5. tot en met artikel 15. staat vermeld.
- 3.2.2. Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt VGZ de kosten van de in artikel 5. tot en met artikel 15. genoemde medische behandelingen en middelen op basis van het door of namens VGZ met de zorgverlener overeengekomen tarief. Indien de zorgverzekeraar geen tarief is overeengekomen, is de vergoeding maximaal het Wmg-tarief, indien op grond van de Wmg geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door de NZa is goedgekeurd of vastgesteld. Indien de zorgverzekeraar geen tarief is overeengekomen en er is geen Wmg-tarief dat maximaal in rekening mag worden gebracht, worden de (verzekerde) kosten vergoed tot ten hoogste het tarief dat naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid als passend is te achten. De zorgverlener moet voldoen aan de voorwaarden die in het zorgartikel en de begripsomschrijvingen (van de Modelovereenkomst Zorgzaam) zijn opgenomen.
- 3.2.3. Pas als de kosten niet of niet meer voor vergoeding conform de Modelovereenkomst Zorgzaam in aanmerking komen, volgt vergoeding ten laste van de aanvullende verzekering. De kosten dienen dan wel onder de dekking van de aanvullende verzekering te vallen.



- 3.2.4. De in deze voorwaarden genoemde maximale bedragen zijn maximale bedragen per verzekerde per kalenderjaar, tenzij in de artikelen anders staat vermeld.
- 3.2.5. Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen Zorgzaam. Dit betekent dat eerder uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering van Zorgzaam worden meegenomen naar de nieuwe aanvullende verzekering van Zorgzaam. Voorwaarde is dat in de nieuwe aanvullende verzekering van de verzekerde een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.
- 3.2.6. De dekking omvat de in het woonland of land van plaatsing gemaakte kosten van medische behandelingen. Daarnaast gelden bij vakantie in het buitenland de in artikel 7.2. opgenomen bepalingen.
- 3.2.7. Geen aanspraak bestaat op:
- Vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Zvw, de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) 2015;
 - Vergoeding van de kosten omdat de verzekerde niet op een afspraak met een zorgverlener is verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
 - Vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht;
 - Administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgverleners;
 - Vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
 - (Vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zvw of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de afgesloten aanvullende verzekering. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat, waarop u elders aanspraak zou kunnen maken;
 - (Vergoeding van de kosten van) zorg die verbandhoudt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon bekend zijn of waarvan de verzekerde toen deze klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan de verzekeraar. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
 - Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van handelen of nalaten van de zorgverzekeraar;
 - Vergoeding van schade veroorzaakt door grove schuld of opzet van verzekeringsnemer en/of verzekerde;
 - Vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door de verzekerde zelf, zijn partner, kind, ouder of inwoning (ander) familielid.
- 3.2.8. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet krachtens de aanvullende verzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten.

3.3. De premie

- 3.3.1. De verzekeringsnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen, die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze bij vooruitbetaling te voldoen. Een en ander zoals vastgelegd tussen de verzekeringsnemer en de zorgverzekeraar. De toestemming van de verzekeringsnemer voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan de verzekerde of verzekeringsnemer uitbetaalde vergoedingen. De machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. De verzekeraar informeert tenminste drie dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum.
- 3.3.2. Voor kinderen tot 18 jaar, die behoren tot de doelgroep van Zorgzaam, is geen premie verschuldigd, indien:
- Er minimaal één ouder is verzekerd bij Zorgzaam. Dit geldt voor een aanvullende verzekering tot maximaal hetzelfde niveau als de aanvullende verzekering van de ouder(s);
 - Beide ouders zijn verzekerd bij de SZVK en het kind de aanvullende verzekering Zorgzaam Ster 4 heeft;
 - Er sprake is van een alleenstaande ouder, die is verzekerd bij de SZVK en het kind de aanvullende verzekering Zorgzaam Ster 4 heeft;
 - Er sprake is van weeskinderen.

- 3.3.3. Voor een verzekerde, die de leeftijd van 18 jaar bereikt, is premie verschuldigd met ingang van de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar is geworden.
- 3.3.4. Indien de verzekerde niet als Basisverzekering de modelovereenkomst Zorgzaam heeft afgesloten, geldt een afwijkende premie.
- 3.3.5. Schorsing: indien de verzekeringsnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en kosten kan de zorgverzekeraar na de premievervaldag de verzekeringsnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen, die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringsnemer blijft verplicht de premie te voldoen. De dekking wordt pas van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen. Als de verzekerde al is aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft de verzekeraar bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen. De zorgverzekeraar brengt de volgende kosten bij de verzekeringsnemer in rekening in geval van niet-tijdig betalen:
- Wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
 - Incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- De zorgverzekeraar kan opeisbare premie, kosten en wettelijke rente verrekenen met schadekosten die door verzekerde bij de zorgverzekeraar zijn gedeclareerd dan wel met andere van de zorgverzekeraar te ontvangen bedragen. De verzekerde mag verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat de verzekerde nog van de zorgverzekeraar verwacht te ontvangen. Indien de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekerde.

3.4. Wederzijdse administratieve verplichtingen

- 3.4.1. De verzekerde, die is verzekerd volgens de Aanvullende Verzekering Zorgzaam Ster 1, 2, 3, 4 of 5, heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van de genoten zorg of overige diensten zoals omschreven in artikel 5. tot en met artikel 15. van deze verzekeringsvoorwaarden alsmede, desgevraagd, op activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
- 3.4.2. Zorgverleners, die buiten Nederland zijn gevestigd, worden gelijkgesteld met Nederlandse zorgverleners indien zij voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten.
- 3.4.3. De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of de dienst is verleend, met dien verstande dat de kosten van zorg of een dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is verleend en door de zorgverlener of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar, waarin de zorg of dienst is aangevangen.
- 3.4.4. De aanspraak op vergoeding van kosten wordt naar de inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 3.4.5. De verzekerde heeft slechts recht op vergoeding van de kosten van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op de plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.
- 3.4.6. Indien en voor zover de zorgverlener een hoger bedrag voor de kosten van de zorg of de dienst bij de zorgverzekeraar declareert dan waarop de verzekerde recht heeft, wordt verzekerde geacht een volmacht tot incasso op naam aan de zorgverzekeraar voor het de vergoeding overstijgende bedrag te hebben gegeven.
- 3.4.7. Er vindt rechtstreekse declaratie door de zorgverlener plaats indien dit met de zorgverzekeraar is overeengekomen.
- 3.4.8. Digitaal aangeleverde nota's komen alleen voor vergoeding in aanmerking, indien deze door de zorgverlener zijn gewaarmerkt en aangeleverd.
- 3.4.9. Betaling geschiedt rechtstreeks aan de zorgverlener, indien dit is overeengekomen tussen beide partijen.
- 3.4.10. Alleen originele nota's komen voor vergoeding in aanmerking. Naast het gestelde in artikel 3.4.7. kan de verzekerde de door hem ontvangen nota's met het Zorgzaam declaratieformulier, in de daarvoor bestemde declaratie-enveloppe, toezenden aan de zorgverzekeraar. Voor een juiste en snelle afhandeling van de nota's moeten deze door de zorgverlener zijn voorzien van de naam, adres, geboortedatum en BSN van de verzekerde, de soort behandeling, de datum van behandeling, het bedrag per behandeling en bankrekeningnummer van de zorgverlener. De verzekerde kan declaraties ook digitaal indienen via www.zorgzaam.nl. De verzekerde dient de originele nota tot een jaar na het



indienen van de declaratie te bewaren. De zorgverzekeraar kan de nota's opvragen in verband met controle. Als de verzekerde de nota's niet kan overleggen, dan kan de zorgverzekeraar de uitgekeerde bedragen van de verzekerde terugvorderen of verrekenen met aan de verzekerde verschuldigde bedragen.

- 3.4.11. Eventuele eigen bijdragen komen voor rekening van de verzekerde. Dit geldt niet voor eigen bijdragen waar specifieke aanspraak op bestaat krachtens de dekking van de aanvullende verzekering.
- 3.4.12. De zorgverzekeraar streeft ernaar de verzekerde kosten binnen 15 werkdagen na ontvangst van de originele nota te vergoeden.
- 3.4.13. De verzekeringsnemer is verplicht iedere wijziging die invloed heeft op de rechten en plichten uit de verzekeringsvoorwaarden zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, aan de zorgverzekeraar te melden. Wijzigingen zijn onder meer verhuizing, huwelijk, samenwoning, (echt)scheiding, geboorte of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde draagt de zorgverzekeraar geen enkel risico. Kennisgevingen aan de verzekeringsnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringsnemer te hebben bereikt.
- 3.4.14. In geval van echtscheiding kan de verzekerde die niet behoort tot de doelgroep van degene met wie het collectief contract is gesloten, blijven deelnemen aan het collectieve contract. Indien de verzekerde het collectief verlaat, kan deze niet meer terug naar het collectief.
- 3.4.15. Voor een wettelijke vertegenwoordiger geldt een termijn van 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht om een pasgeboren kind te verzekeren.
- 3.4.16. In geval van overlijden vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- 3.4.17. Indien bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel een derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens de verzekerde aangifte te geschieden bij de zorgverzekeraar.
- 3.4.18. Indien een derde voor de kosten, voortvloeiende uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde aansprakelijk is, is de verzekerde verplicht de zorgverzekeraar kosteloos alle medewerking te verlenen en alle inlichtingen te verstrekken tot verhaal van de geleden schade.
- 3.4.19. De verzekerde mag geen enkele regeling treffen met een derde zonder voorafgaande toestemming van de verzekeraar. De verzekerde moet zich onthouden van handelingen waardoor de belangen van de verzekeraar worden geschaad.
- 3.4.20. In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt enigerlei regelingen treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten kan worden benadeeld.
- 3.4.21. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in artikel 3.4.18. tot en met artikel 3.4.20. is de verzekerde tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de schade die de zorgverzekeraar daardoor lijdt.
- 3.4.22. De verzekerde is verplicht:
 - Bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
 - De behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de arts of de medisch adviseur van de zorgverzekeraar daarom vraagt met inachtneming van de privacyregelgeving;
 - Aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of diegene die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
 - Binnen een redelijke termijn aan de verzekeraar te melden dat verzekerde is gedetineerd, in verband met de wettelijke bepalingen inzake opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
 - In voorkomende gevallen de originele nota's die op zodanige wijze dienen te zijn gespecificeerd, dat daaruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. De nota's dienen binnen 36 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de zorgverzekeraar te worden ingediend;
 - Bij behandelingen waarvoor in de verzekeringsvoorwaarden een schriftelijke verwijzing is vereist, een verwijsbrief van de behandelend arts te overleggen, waaruit blijkt dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is of is geweest. Een verwijzing is niet nodig bij acute zorg;
 - Indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is vereist, ervoor te zorgen dat deze toestemming vooraf is aangevraagd en is goedgekeurd. Indien de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgverlener, beoordeelt deze zorgverlener of de verzekerde voldoet aan de voorwaar-



den en/of vraagt voor de verzekerde toestemming aan. Het aanvragen van toestemming vindt plaats volgens een protocol dat onderdeel is van de overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de desbetreffende zorgverlener. De verzekerde kan deze aanvraag eveneens rechtstreeks bij de zorgverzekeraar indienen.

Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.

- 3.4.23. Een herziening in deze verzekeringsvoorwaarden geschiedt voor iedere verzekering en in overleg met degene met wie het collectief contract is gesloten op een vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, in ieder geval voor de datum van de ingang van de wijziging.
- 3.4.24. Indien de zorgverzekeraar de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekering ten nadele van de verzekeringsnemer wijzigt, is de verzekeringsnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is medegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft de verzekerde niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.
- 3.4.25. Heeft de zorgverzekeraar binnen een maand na de in artikel 3.4.24. genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringsnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden.

Artikel 4. Overige bepalingen

4.1. Het aanvragen van toestemming

- 4.1.1. Indien voor de toekenning of tegemoetkoming vooraf toestemming is vereist, is de verzekerde verplicht vooraf zorg te dragen voor de aanvraag van deze toestemming. De aanvraag dient te zijn ondertekend door de behandelend arts of tandarts.
- 4.1.2. Indien een toestemming naar tijdsduur beperkt is of voor een bepaald aantal behandelingen is verleend en verlenging noodzakelijk is, moet de verzekerde er voor zorgdragen, dat tijdig een verlenging van de toestemming wordt gevraagd.
- 4.1.3. Indien de verzekerde ten genoegen van de zorgverzekeraar aantoont dat het niet tijdig aanvragen van de toestemming of verlenging van de toestemming het gevolg is van omstandigheden, die het hem redelijkerwijs onmogelijk maakten aan zijn verplichtingen te voldoen, kunnen bij wijze van uitzondering de in 4.1.1. bedoelde vergoedingen of tegemoetkomingen worden uitgekeerd, indien naar het oordeel van de medisch of tandheelkundig adviseur de toestemming of verlenging alsnog kan worden verleend.

4.2. Overige verplichtingen van de verzekerde

- 4.2.1. De verzekerde is verplicht in voorkomende gevallen de originele nota's binnen 36 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de zorgverzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum van de nota. In het geval de nota betrekking heeft op een dbc die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarop de verzekering van toepassing is.
- 4.2.2. Bij het niet nakomen van de in artikel 4.2.1. genoemde verplichtingen behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.

4.3. Klachten en geschillen

- 4.3.1. Indien een verzekerde zich niet met een beslissing kan verenigen, kan hij zijn klacht kenbaar maken aan VGZ. De verzekerde kan hiervoor bellen met de Helpdesk (+31) 072 527 76 77. De verzekerde kan ook een brief sturen, ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 25031, 5600 RS Eindhoven of vult het online klachtenformulier Zorgzaam in. De zorgverzekeraar zal hierop binnen 30 dagen haar definitieve besluit kenbaar maken.
- 4.3.2. Nadat de zorgverzekeraar in heroverweging een besluit heeft genomen of als de verzekerde binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, kan de verzekerde de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. De verzekerde kan het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.
- 4.3.3. VGZ besluit over geschillen en klachten in overleg met het bestuur van Zorgzaam. Indien de verzekerde het geschil aan de gewone rechter wil voorleggen dient dit te geschieden binnen een maand na de dag waarop het besluit aan hem is verzonden.
- 4.3.4. Indien de verzekerde een formulier overbodig of ingewikkeld vindt, kan hij een klacht indienen bij de zorgverzekeraar.

De verzekerde ontvangt binnen 30 dagen van de zorgverzekeraar een reactie op zijn klacht.

De verzekerde kan de klacht ook voorleggen aan de NZa ter attentie van De Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GZ Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de NZa (www.nza.nl) is aangegeven waar en op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

4.4. Bescherming persoonsgegevens

- 4.4.1. Persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen. De verzekeraar doet dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). De verzekerde leest hierover meer in de privacyreglement op www.zorgzaam.nl. In het privacyreglement leest de verzekerde welke rechten hij heeft.

De verzekerde kan vragen over de omgang van persoonsgegevens stellen via online contactformulier Zorgzaam op www.zorgzaam.nl.

4.5. Fraude

- 4.5.1. Fraude heeft tot gevolg dat geen uitkering plaatsvindt en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als de verzekerde fraude pleegt, vervalt het recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. De zorgverzekeraar vordert uitgekeerde vergoedingen bij de verzekerde terug. De verzekerde is ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Aangifte en registratie

De verzekeraar kan bij fraude aangifte doen bij de politie.

Ook kan de zorgverzekeraar de gegevens van de verzekerde en die van medeplegers en medeplichtigen laten opnemen:

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

Beëindiging verzekering(en)

Als de verzekerde fraude pleegt, beëindigt de zorgverzekeraar de zorgverzekering. De verzekerde kan dan 5 jaar geen zorgverzekering bij de verzekeraar sluiten. De zorgverzekeraar beëindigt ook de aanvullende zorgverzekering(en). De verzekerde kan dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

4.6. Molest / Terrorisme

- 4.6.1. De verzekerde heeft geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.
- 4.6.2. Indien 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 zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij (NHT) voor Terrorismeschaden NV hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.
- Een omschrijving van de definities en het Clausuleblad Terrorismedekking is op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij de Helpdesk van Zorgzaam bij de zorgverzekeraar via telefoonnummer (+31) 072 527 76 77 of via het contactformulier op www.zorgzaam.nl.



Vergoedingen Aanvullende Verzekering Zorgzaam Ster 1, 2, 3, 4 en 5

Omvang van de dekking

Verzekerden die de Aanvullende Verzekering Zorgzaam Ster 1, 2, 3, 4 of 5 hebben afgesloten, kunnen aanspraak maken op vergoeding van kosten van zorg zoals omschreven in artikel 5. tot en met artikel 15.

Artikel 5. Basiszorg

5.1. Fertiliteitsbehandelingen

Na voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vergoeding van IVF- of ICSI-behandeling en geneesmiddelen horend bij een KI-, IUI- of KID-behandeling (de behandelingen KI, IUI en KID worden vergoed volgens de Modelovereenkomst Zorgzaam), indien:

- Er sprake is van een medische indicatie;
- De behandeling plaatsvindt in een vergunninghoudend ziekenhuis;
- De verzekerde vrouw 42 jaar of jonger is;
- De IVF- of ICSI-behandeling wordt verleend door een medisch-specialist;
- De bij de IVF- ICSI-, KI-, IUI, of KID behandeling horende geneesmiddelen maken onderdeel uit van de medisch specialistische zorg. Als deze zorg in het buitenland wordt verleend, dienen de geneesmiddelen afgeleverd te worden door een apotheker.

Onder behandeling wordt verstaan:

- Rijping van eicellen door hormonale behandeling;
- Het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- Bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;
- De implantatie van een of meer ontstane embryo's in de baarmoederholte, teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

De 1e, 2e en 3e IVF- of ICSI-behandeling (per te realiseren zwangerschap) worden uitsluitend vergoed volgens de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	eenmalige vergoeding van de 4e behandeling tot maximaal € 3.500 voor de totale duur van de verzekering
Zorgzaam ster 4	eenmalige vergoeding van de 4e en 5e behandeling voor de totale duur van de verzekering
Zorgzaam ster 5	eenmalige vergoeding van de 4e en 5e behandeling voor de totale duur van de verzekering

5.2. Second Opinion

Vergoeding van het honorarium van een tweede medisch-specialist, die wordt geraadpleegd bij twijfel aan of ter bevestiging van een voorgenomen behandeling.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding



5.3. Ziekenvervoer

Binnen dit artikel wordt onderscheid gemaakt naar:

1. Medisch noodzakelijk vervoer: vervoer van verzekerden, die om medische redenen, ter beoordeling van de medisch adviseur en genoegzaam aangetoond door de huisarts of medisch-specialist, niet in staat zijn van een openbaar vervoermiddel gebruik te maken;
2. Niet medisch noodzakelijk vervoer: vervoer van verzekerden, die geen medische redenen hebben om niet van een openbaar vervoermiddel gebruik te maken;
3. Wettelijke eigen bijdrage ziekenvervoer.

5.3.1. Medisch noodzakelijk vervoer

Vergoeding van de kosten van vervoer in aanvulling op de vergoeding vanuit de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Aanvullende voorwaarden

- Uit de verklaring van de huisarts of behandelend arts moet blijken waarom medisch vervoer noodzakelijk is. Deze verklaring moet naar VGZ worden gestuurd. VGZ bepaalt vervolgens of gebruik mag worden gemaakt van (rolstoel)taxi, eigen vervoer of openbaar vervoer. De declaratie van taxikosten of gebruik van eigen (huur)auto dient vergezeld te gaan van een motivering van de huisarts of behandelend arts;
- Een kopie van de afspraakkaart dient te worden meegezonden;
- In gevallen waarin ziekenvervoer per auto of openbaar vervoermiddel niet mogelijk is, kan VGZ toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door VGZ aan te geven vervoermiddel;
- Er bestaat uitsluitend recht op ambulancevervoer, indien en voor zover ander vervoer (openbaar vervoer, taxi of auto) om medische redenen niet veilig is.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	vanaf 200 km enkele reis: - eigen vervoer: € 0,32 per kilometer - ambulancevervoer: volledige vergoeding
Zorgzaam ster 5	vanaf 200 km enkele reis: - eigen vervoer: € 0,32 per kilometer - ambulancevervoer: volledige vergoeding

5.3.2. Niet-medisch noodzakelijk vervoer

Indien vervoer heeft plaatsgevonden om te voldoen aan de oproep van de zorgverzekeraar, de medisch adviseur of de tandheelkundig adviseur, wordt een vergoeding van de reiskosten gegeven.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	goedkoopste reisgelegenheid per openbaar vervoer
Zorgzaam ster 5	goedkoopste reisgelegenheid per openbaar vervoer

5.3.3. Wettelijke eigen bijdrage ziekenvervoer

Vergoeding van de bij Regeling zorgverzekering gestelde wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	geen vergoeding
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding

Artikel 6. Alternatieve geneeswijzen

6.1. Alternatieve geneeskunde

Alternatieve zorg bestaat uit behandelingen en (telefonische) consulten, die vallen onder de volgende opsomming:

- Acupunctuur en andere oosterse geneeswijzen;
- Homeopathie;
- Natuurgeneeswijzen;
- Alternatieve bewegingstherapieën;
- Psychosociale zorg.

De zorg dient te worden verleend door een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgverlener. Deze is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgverleners. Dit overzicht is raadpleegbaar op www.zorgzaam.nl. Op aanvraag kan de verzekerde schriftelijk informatie verkrijgen bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: (+31) 072 527 76 77 of via het contactformulier op www.zorgzaam.nl.

Onder alternatieve zorg verstaat de verzekeraar niet consulten en (groeps)behandelingen voor:

- Preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- Sociaal (maatschappelijke) dienstverlening, coaching en counseling;
- Werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- Schoonheidsbevordering;
- Het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen.

Antroposofische Geneeskunde valt niet onder de dekking van dit artikel. Antroposofische Geneeskunde is vanaf Ster 2 gedekt overeenkomstig antroposofische geneeskunde (artikel 6.2.).

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	maximaal € 18,50 per behandeling/consult tot maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar
Zorgzaam ster 2	maximaal € 18,50 per behandeling/consult tot maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar
Zorgzaam ster 3	maximaal € 25 per behandeling/consult tot maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar
Zorgzaam ster 4	maximaal € 35 per behandeling/consult tot maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	maximaal € 35 per behandeling/consult tot maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar

6.2. Antroposofische geneeskunde

Antroposofische geneeskunde dient te worden verleend door een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgverlener, die zich specifiek op deze behandelingen en consulten heeft toegelegd. De aangewezen zorgverlener is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgverleners. Het overzicht is raadpleegbaar op www.zorgzaam.nl.

Op aanvraag kan de verzekerde schriftelijk informatie verkrijgen bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: (+31) 072 527 76 77 of via het contactformulier op www.zorgzaam.nl.



Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	80% voor visites, consulten en behandelingen en volledige vergoeding voor onder antroposofen erkende therapieën tot maximaal € 475 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 3	80% voor visites, consulten en behandelingen en volledige vergoeding voor onder antroposofen erkende therapieën tot maximaal € 700 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 4	80% voor visites, consulten en behandelingen en volledige vergoeding voor onder antroposofen erkende therapieën tot maximaal € 700 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	80% voor visites, consulten en behandelingen en volledige vergoeding voor onder antroposofen erkende therapieën tot maximaal € 700 per kalenderjaar

6.3. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Vergoeding van de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, die worden voorgeschreven door een arts (tot wie de verzekerde in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden is gerechtigd zich te wenden), onder voorwaarde dat deze geneesmiddelen worden geleverd door een apotheker of een apotheekhoudend huisarts. De zorgverzekeraar vergoedt uitsluitend de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en antroposofische producten of homeopathische middelen, die in de tabel Homeopathie van de Z-index een registratie HA of HM hebben.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 3	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 4	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding

Artikel 7. Buitenland

De in de polis vermelde artikelen, die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie zijn niet van toepassing op dit artikel.

Onderscheid wordt gemaakt in plaatsing, vestiging en andere redenen van (tijdelijk) verblijf in het buitenland:

1. Onder "plaatsing in het buitenland" wordt verstaan: de situatie dat de actief dienende militair en diens gezinsleden, alsmede de situatie, waarin burgermedewerkers van Defensie en hun gezinsleden met toestemming van de Minister van defensie buiten Nederland zijn geplaatst;
2. Onder "vestiging in buitenland" wordt verstaan: de situatie dat de verzekerde zich permanent vestigt in een land buiten Nederland;
3. Onder "andere redenen van tijdelijk verblijf in het buitenland" wordt verstaan de situatie dat:
 - Een in Nederland woonachtige verzekerde tijdelijk buiten Nederland verblijft; of
 - Een buiten Nederland geplaatste of woonachtige verzekerde tijdelijk buiten het land van plaatsing of woonland verblijft.

7.1. Geneeskundige zorg bij plaatsing of vestiging in het buitenland

Vergoeding van kosten voor zorg naar aard en omvang, zoals omschreven in artikel 4. van de door de verzekerde afgesloten Modelovereenkomst Zorgzaam en de aanspraken van de door de verzekerde bij Zorgzaam afgesloten aanvullende verzekering(en), genoten in het woonland of land van plaatsing door een door de plaatselijke overheid erkende zorgverlener of instelling.

Aanvullende voorwaarden

- Verzekerden, die zijn geplaatst in een land waar een contactpersoon werkzaam is, zijn bij klinische opname verplicht contact op te nemen met de contactpersoon van het ministerie van Defensie;

- Indien de verzekerde is geplaatst, of woonachtig is in een land buiten de EU/EER-land of verdragsland en er is geen contactpersoon werkzaam, dan is de verzekerde bij een klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Zorgzaam Alarmcentrale, telefoonnummer: +31 (0)40 297 58 20. De verzekerde heeft alleen aanspraak op vergoeding van de gedekte kosten als hij zich houdt aan de adviezen van de Zorgzaam Alarmcentrale. De Zorgzaam Alarmcentrale zal zorgdragen voor de afhandeling van declaraties;
- In geval van opname in een ziekenhuis is de dekking beperkt tot maximaal 365 verpleegdagen per ziektegeval;
- Onder ziektegeval wordt verstaan: iedere ononderbroken behoefte aan medische behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of hetzelfde ongeval;
- Er geldt geen aanspraak voor geneeskundige behandeling en verzorging buiten het land van vestiging of plaatsing, voorzover deze geneeskundige behandeling en verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf aldaar, tenzij voor de aanvang van de reis daartoe toestemming is verleend;
- De vergoeding van de gedekte kosten vindt in Nederland in euro's plaats tegen de koers geldend op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's naar euro's gebruikt de zorgverzekeraar de historical rates van www.XE.com;
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient de verzekerde gespecificeerde rekeningen in het Engels, Frans, Duits, Spaans of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen te verstrekken;
- Voor verzekerden gevestigd in een EU/EER-land of verdragsland is het, in overleg met VGZ of de Zorgzaam Alarmcentrale, mogelijk dat op verzoek van de zorgverlener die buiten Nederland is gevestigd, in voorkomende gevallen direct aan de desbetreffende zorgverlener wordt betaald;
- Voor verzekerden geplaatst in een EU/EER-land of verdragsland zal in voorkomende gevallen de contactpersoon zorgdragen voor rechtstreekse betaling aan de zorgverlener. De lijst met contactpersonen is te raadplegen op www.zorgzaam.nl.

Voorschrijfvereisten

Voor intramurale zorg buiten het land van plaatsing of vestiging, indien deze geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is voorafgaande schriftelijke toestemming vereist.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	totaal tot maximaal 200% van de vergoeding, die voor een vergelijkbare behandeling in Nederland krachtens de dekking van de Modelovereenkomst Zorgzaam, of deze Zorgzaam aanvullende verzekering zou worden vergoed.
Zorgzaam ster 2	
Zorgzaam ster 3	
Zorgzaam ster 4	
Zorgzaam ster 5	

7.2. Geneeskundige zorg bij andere redenen van tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland of land van plaatsing

Vergoeding van kosten voor zorg naar aard en omvang, zoals omschreven in artikel 4. van de door de verzekerde afgesloten Modelovereenkomst Zorgzaam en de aanspraken van de door de verzekerde bij Zorgzaam afgesloten aanvullende verzekering(en), genoten in het woonland of land van plaatsing door een door de plaatselijke overheid erkende zorgverlener of instelling, gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 12 maanden.

Aanvullende voorwaarden

- Verzekeerden zijn bij klinische opname in een ziekenhuis, in geval van repatriëring of in het geval van vervoer van een stoffelijk overschot verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Zorgzaam Alarmcentrale, telefoonnummer: +31 (0)40 297 58 20;
- De verzekerde heeft alleen aanspraak op vergoeding van de kosten als hij zich houdt aan de adviezen van de Zorgzaam Alarmcentrale. De Zorgzaam Alarmcentrale zal zorgdragen voor de afhandeling van declaraties;
- De vergoeding van de kosten vindt in Nederland in euro's plaats tegen de koers geldend op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruikt de zorgverzekeraar de historical rates van www.XE.com;
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient de verzekerde gespecificeerde rekeningen in het Engels,



- Frans, Duits, Spaans of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen te verstrekken;
- In overleg met VGZ of de Zorgzaam Alarmcentrale kan, op verzoek van de zorgverlener die buiten Nederland is gevestigd, in voorkomende gevallen direct aan de desbetreffende zorgverlener worden betaald.

Voorschrijfvereisten

Voor intramurale zorg buiten het land van plaatsing, of vestiging, indien deze geneeskundige behandeling of verzorging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, is voorafgaande schriftelijke toestemming van VGZ vereist.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	volledige vergoeding van kosten voor medisch noodzakelijke zorg van een door de plaatselijke overheid erkende zorgverlener of instelling. Wanneer de geneeskundige behandeling of verzorging in een ander land dan het woonland of land van vestiging uitsluitend of mede het doel vormt van het verblijf, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is
Zorgzaam ster 2	
Zorgzaam ster 3	
Zorgzaam ster 4	
Zorgzaam ster 5	

7.3. Preventieve inentingen en malariapillen

Preventieve inentingen en malariapillen in verband met een te maken buitenlandse reis. De preventieve inentingen dienen te worden verricht door een arts of huisarts, die een LCR-accreditatie en gele koorts registratie heeft. Voor adressen kan de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (www.lcr.nl) worden geraadpleegd. Malariapillen dienen te worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 2	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 3	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 4	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding

7.4. Repatriëring

Vergoeding van kosten van medisch noodzakelijke repatriëring van verblijfplaats naar woonland en repatriëring van stoffelijk overschot van plaats van overlijden naar Nederland of woonland.

Aanvullende voorwaarden

De verzekerde maakt geen aanspraak op vergoeding van de kosten indien de reden van repatriëring te voorzien was in verband met een bestaande medische aandoening.

De Zorgzaam Alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 2	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 3	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 4	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding



Artikel 8. Medisch-specialistische zorg

8.1. Boven ooglidcorrectie

Vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke correctie van de bovenoogleden bij ernstige vermindering van het gezichtsveld. Voor een ooglidcorrectie is voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De aanvraag om toestemming dient te worden ingediend door de behandelend plastisch chirurg. Daarbij vraagt de zorgverzekeraar de verzekerde ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/ZBC of de verzekerde zelf) waarop de afwijking omschreven onder 'indicatie' goed zichtbaar is. De ooglidcorrectie dient te worden uitgevoerd door een medisch-specialist in een ziekenhuis, ZBC of, na schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar, in een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen instelling. Er wordt geen vergoeding verleend indien aanspraak kan worden gemaakt op een vergoeding uit de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Indicatie

De verzekerde heeft recht op een bovenooglidcorrectie of een levatorplastiek:

- Als de pupil voor ten minste een derde deel wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi bij recht vooruit kijken of;
- Als er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog of;
- Bij aantoonbaar onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	eenmalig 75% tot maximaal € 1.000
Zorgzaam ster 4	eenmalig 75% tot maximaal € 1.000
Zorgzaam ster 5	eenmalig 75% tot maximaal € 1.000

8.2. Buikwandcorrectie

Vergoeding van de kosten van een medisch noodzakelijke buikwandcorrectie. Voor een buikwandcorrectie is voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De aanvraag om toestemming dient te worden ingediend door de behandelend plastisch chirurg. De buikwandcorrectie dient te worden verleend in een ziekenhuis, ZBC of, na schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar, in een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen instelling. Er wordt geen vergoeding verleend indien aanspraak kan worden gemaakt op een vergoeding uit de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Indicatie

Een overhangende buikhuidplooi, waarbij de diepte van de plooi – aan de binnenzijde gemeten – 6 centimeter of meer bedraagt, waarbij smetten aannemelijk is. Het gewicht van de verzekerde moet in verhouding staan tot de lichaamslengte: De Body Mass Index (BMI) bedraagt maximaal 30 ($BMI \leq 30$). Voor een buikwandcorrectie na bariatrische chirurgie mag de BMI van de verzekerde niet hoger zijn dan 35 ($BMI \leq 35$).

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	eenmalig 75% tot maximaal € 3.000
Zorgzaam ster 4	eenmalig 75% tot maximaal € 3.000
Zorgzaam ster 5	eenmalig 75% tot maximaal € 3.000



8.3. Flapoorcorrectie

Vergoeding van de kosten van het rechtzetten van afstaande oren door middel van plastische chirurgie voor verzekerden tot 18 jaar. Voor de behandeling is een verwijzing van een behandelend plastisch chirurg vereist. De behandeling dient te worden verleend in een ziekenhuis, ZBC of, na schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar, in een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen instelling. Er wordt geen vergoeding verleend indien aanspraak kan worden gemaakt op een vergoeding uit de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 4	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding

8.4. Ooglaserbehandeling of lensimplantatie

Een tegemoetkoming in de kosten van ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. Deze tegemoetkoming geldt ook voor de kosten die zijn gemaakt voor een cataractoperatie (staaroperatie) waarbij een multifocale lens of torische lens is geplaatst. Een oogarts mag deze zorg verlenen.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	maximaal € 500 voor de hele looptijd van de verzekering
Zorgzaam ster 5	maximaal € 500 voor de hele looptijd van de verzekering

8.5. Sterilisatie

Vergoeding van de kosten van sterilisatie door een medisch-specialist of huisarts. Voor de behandeling door een medisch-specialist is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk. De kosten voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen sterilisatie worden niet vergoed.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	eenmalige vergoeding voor de totale duur van de verzekering
Zorgzaam ster 3	eenmalige vergoeding voor de totale duur van de verzekering
Zorgzaam ster 4	eenmalige vergoeding voor de totale duur van de verzekering
Zorgzaam ster 5	eenmalige vergoeding voor de totale duur van de verzekering

Artikel 9. Farmaceutische zorg

9.1. Eigen bijdrage geneesmiddelen

Vergoeding van de eigen bijdragen voor geneesmiddelen overeenkomstig het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	Maximaal € 250 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	Maximaal € 250 per kalenderjaar



9.2. Anticonceptiemiddelen

Vergoeding van anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder, die op grond van de Regeling zorgverzekering verstrekt mogen worden zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. De anticonceptiemiddelen worden geleverd door een gecontracteerde apotheker of apothekhoudend arts. De vergoeding is tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de Modelovereenkomst Zorgzaam. Het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel is op voorschrift van de huisarts, verloskundige of medisch-specialist.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)
Zorgzaam ster 2	
Zorgzaam ster 3	
Zorgzaam ster 4	
Zorgzaam ster 5	

Artikel 10. Hulpmiddelen

10.1. Brillen en contactlenzen

Tegemoetkoming in de kosten van contactlenzen en brillenglazen op sterkte met bijbehorende brilmonturen en contactlenzenvloeistof geleverd door een opticien of een drogist.

Aanvullende voorwaarden

- Het tijdvak van 2 kalenderjaren vangt aan per 1 januari van het kalenderjaar, waarin voor het eerst kosten zijn gemaakt;
- Voor het aanbrengen van prismatische of lenticulaire glazen is een voorschrift van een opticien, optometrist, huisarts of medisch-specialist vereist. Dit voorschrift mag niet ouder zijn dan 3 maanden op de datum van levering en dient de sterkte van de glazen of lenzen te vermelden;
- Reparatiekosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	maximaal € 50 per twee kalenderjaren
Zorgzaam ster 2	maximaal € 100 per twee kalenderjaren
Zorgzaam ster 3	- maximaal € 150 per twee kalenderjaren - volledige vergoeding van de extra kosten van het aanbrengen van prismatische of lenticulaire glazen
Zorgzaam ster 4	- maximaal € 250 per twee kalenderjaren - volledige vergoeding van de extra kosten van het aanbrengen van prismatische of lenticulaire glazen
Zorgzaam ster 5	- maximaal € 250 per twee kalenderjaren - volledige vergoeding van de extra kosten van het aanbrengen van prismatische of lenticulaire glazen

10.2. Hoortoestellen

Aanvullend op de Modelovereenkomst Zorgzaam een vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor een hoortoestel en tinnitusmaskeerder. Indien vanuit de Modelovereenkomst Zorgzaam en het Reglement hulpmiddelen vergoeding wordt gegeven voor twee hoortoestellen, wordt ook vanuit de aanvullende verzekering twee maal een vergoeding verleend.



Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	maximaal € 150 per hoortoestel
Zorgzaam ster 3	maximaal € 200 per hoortoestel
Zorgzaam ster 4	maximaal € 250 per hoortoestel
Zorgzaam ster 5	maximaal € 250 per hoortoestel

10.3. Plaswekker

Vergoeding van de huur- of aanschafkosten van een plaswekker en bijbehorende bandage in verband met nachtelijk bedplassen voor verzekerden met een minimale leeftijd van 6 jaar tot maximaal 18 jaar.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	maximaal € 80 voor de gehele duur van de verzekering
Zorgzaam ster 3	maximaal € 80 voor de gehele duur van de verzekering
Zorgzaam ster 4	maximaal € 80 voor de gehele duur van de verzekering
Zorgzaam ster 5	maximaal € 80 voor de gehele duur van de verzekering

10.4. Steunzolen en inlegzolen

Tegemoetkoming in de kosten van maatwerk inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen voor een verzekerde tot en met 20 jaar. De verzekerde tot en met 20 jaar heeft ook recht op een tegemoetkoming in de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen. De maatwerk inlegzolen dienen te worden aangeschaft bij de door de zorgverzekeraar aangewezen leveranciers: orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM) of podotherapeut.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	geen vergoeding
Zorgzaam ster 5	maximaal € 50 per kalenderjaar

10.5. Mutssja en mammaprothesebenodigdheden

Mutssja

Een vergoeding voor de kosten van een mutssja of soortgelijke hoofdbedekking, als de verzekerde een indicatie heeft voor de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering.

Mammaprothesebenodigdheden

Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH en een prothese badpak die worden gebruikt na een borstampuatie. Hieronder vallen ook de benodigde schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	maximaal € 100 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 4	maximaal € 150 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	maximaal € 200 per kalenderjaar



Artikel 11. Mondzorg

11.1. Gebitsprothese (gedeeltelijke)

Vergoeding van de kosten voor het vervaardigen en rebasen/repareren van een partiële gebitsprothese door een tandarts of tandprotheticus. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	90% tot maximaal € 285
Zorgzaam ster 3	90% tot maximaal € 285
Zorgzaam ster 4	90% zonder maximum
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding

11.2. Gebitsprothese (volledige)

Een tegemoetkoming in de kosten van de wettelijke eigen bijdrage van aanschaf of vervanging van een volledige boven- en/of ondergebitsprothese. De gebitsprothese dient te zijn aangemeten en geplaatst door een tandarts of een in Nederland gevestigde tandprotheticus. De tandprotheticus mag tandprothetische zorg op implantaten alleen onder de medische verantwoordelijkheid van een tandarts of tandarts-implantoloog leveren. De tandarts of tandarts-implantoloog brengt in dat geval de kosten in rekening voor:

- De wettelijke eigen bijdrage voor een volledige gebitsprothese;
- De wettelijke eigen bijdragen die gelden voor de behandelingen die de tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledige gebitsprothese;
- De wettelijke eigen bijdrage voor de mesostructuur (drukknoppen, steggen), die geldt bij een volledige gebitsprothese op implantaten;
- De wettelijke eigen bijdrage die geldt voor het opvullen (rebasen) en repareren van een volledige gebitsprothese.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	maximaal € 400 per vijf jaar
Zorgzaam ster 3	maximaal € 400 per vijf jaar
Zorgzaam ster 4	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding

11.3. Inlays, kronen, bruggen en solitaire implantaten

Vergoeding van de kosten van meervlakinlays, etsbruggen, kronen, brugdelen en solitaire implantaten voor zover geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding krachtens de Modelovereenkomst Zorgzaam. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een tandarts(-implantoloog). Solitaire implantaten mogen tevens worden geplaatst door een kaakchirurg. Op aanvraag kan de verzekerde schriftelijk informatie verkrijgen bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: (+31) 072 527 76 77 of via het contactformulier op www.zorgzaam.nl.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	valt onder de vergoeding artikel 11.7.
Zorgzaam ster 3	valt onder de vergoeding artikel 11.7.
Zorgzaam ster 4	70% tot maximaal € 2.500 (inclusief techniekkosten) per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	70% tot maximaal € 2.500 (inclusief techniekkosten) per kalenderjaar



11.4. Tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval

Na voorafgaande schriftelijke toestemming door de zorgverzekeraar vergoeding van onvoorziene tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, waardoor de schade als gevolg van het ongeval aan uw gebit wordt hersteld. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal komen voor vergoeding in aanmerking. De behandeling dient te worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering. Daarnaast dient de behandeling plaats te vinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

U hebt geen recht op vergoeding van:

- kosten als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- kosten als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- kosten als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- kosten als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- kosten die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- kosten van een behandeling in het buitenland;
- kosten van orthodontische zorg.

Aanvullende voorwaarden

U hebt vooraf onze toestemming nodig (zie ook artikel 4.1). Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Bij uw aanvraag moeten minimaal de volgende gegevens zitten; een verslag van de spoedeisende hulp of (tand)arts waar u voor noodhulp bent geweest, röntgenfoto's van de schade aan uw gebit, kleurenfoto's van de tandheelkundige situatie vlak na het ongeval en een behandelplan met kostenbegroting. Als de adviserend tandarts het noodzakelijk acht, kan hij aanvullende informatie opvragen bij uw zorgverlener.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	maximaal € 10.000 per ongeval
Zorgzaam ster 2	maximaal € 10.000 per ongeval
Zorgzaam ster 3	maximaal € 10.000 per ongeval
Zorgzaam ster 4	maximaal € 10.000 per ongeval
Zorgzaam ster 5	maximaal € 10.000 per ongeval

11.5. Orthodontie (gebitsregulatie) voor verzekerden tot 21 jaar

Vergoeding van de kosten voor kaakorthopedische behandelingen verleend door een orthodontist of een tandarts vindt plaats overeenkomstig de door de NZa goedgekeurde prestatiebeschrijvingen en tarieven. Kaakorthopedische behandelingen dienen te worden verleend door een orthodontist of door een tandarts.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	80% tot maximaal € 600 voor de totale duur van de verzekering
Zorgzaam ster 3	80% tot maximaal € 1.200 voor de totale duur van de verzekering
Zorgzaam ster 4	80% zonder maximum vergoedingsbedrag
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding



11.6. Orthodontie (gebitsregulatie)

Na voorafgaande schriftelijke toestemming door de zorgverzekeraar vergoeding voor orthodontie in verband met een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak, die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) gecorrigeerd dient te worden en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is, voor zover geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding krachtens de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	90% van de kosten
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding

11.7. Overige mondzorg

Vergoeding van de kosten van overige tandheelkundige behandelingen anders dan genoemd in artikel 11.1. tot en met 11.6., voor zover geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding krachtens de Modelovereenkomst Zorgzaam. De zorg dient te worden verleend door een tandarts of mondhygiënist.

Aanvullende voorwaarden

- Ongecompliceerde extracties door de kaakchirurg vallen onder de vergoeding van dit artikel (code 234032);
- De kosten voor gebitsreiniging worden tot maximaal 60 minuten per kalenderjaar vergoed;
- De voorbereiding op de algehele narcose (C84) en de algehele narcose en sedatie (A20) zijn in de aanvullende verzekering uitgesloten van vergoeding;
- Het uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97 en E98) is in de aanvullende verzekering uitgesloten van vergoeding;
- Orthodontische behandelingen door een tandarts en orthodontist vallen niet onder de vergoeding van dit artikel;
- Vergoeding van inlays, kronen, bruggen en solitaire implantaten vanuit Zorgzaam Ster 4 en 5 vallen niet onder de vergoeding van dit artikel maar onder artikel 11.3.;
- Schade aan uw gebit als gevolg van een ongeval vallen niet onder de vergoeding van dit artikel maar onder artikel 11.4.;
- Voor een second opinion aangaande een tandheelkundig behandelvoorstel wordt maximaal éénmaal per jaar een tegemoetkoming verleend. Voor deze second opinion kan men zich wenden tot de informatiedesk van de Stichting TIP (Tandheelkundig Informatiepunt), via www.allesoverhetgebit.nl/contact.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	75% tot maximaal € 225 inclusief techniekkosten per kalenderjaar
Zorgzaam ster 3	75% tot maximaal € 500 inclusief techniekkosten per kalenderjaar
Zorgzaam ster 4	80% zonder maximum. Tevens worden techniek- en materiaalkosten behorende bij de behandeling voor 80% per kalenderjaar vergoed
Zorgzaam ster 5	90% zonder maximum. Tevens worden techniek- en materiaalkosten behorende bij de behandeling voor 90% per kalenderjaar vergoed



Artikel 12. Preventie

12.1. Lidmaatschap patiëntenverenigingen

Vergoeding van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs. De patiëntenvereniging dient te zijn aangesloten bij de Patiëntenfederatie Nederland.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	geen vergoeding
Zorgzaam ster 5	eenmalig € 25 voor de gehele duur van de verzekering

12.2. Leefstijlcheck

Een (online) leefstijlcheck met als doel inzicht krijgen in uw leefstijl. Hierbij heeft de verzekerde de mogelijkheid voor een cholesterol- en glucosetest en een buikomvangmeting (thuisstest). Na de check volgt een persoonlijk leefstijl-gesprek met een online leefstijlcoach.

De leefstijlcheck dient te worden uitgevoerd door een door de zorgverzekeraar voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Deze is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgverleners. Het overzicht is raadpleegbaar op www.zorgzaam.nl. Op aanvraag kan de verzekerde schriftelijk informatie verkrijgen bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: (+31) 072 527 76 77 of via het contactformulier op www.zorgzaam.nl.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	maximaal € 150 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	maximaal € 200 per kalenderjaar

12.3. Sportmedisch advies

Vergoeding van de kosten van een sportmedisch onderzoek of een sportkeuring door een sportarts (medisch-specialist).

Bijzonderheden:

Onder de Modelovereenkomst Zorgzaam valt:

- Inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding door sportartsen binnen een revalidatietraject;
- Diagnostiek en behandeling van bepaalde blessures aan het houdings-/bewegingsapparaat door (over)belasting door de sportarts.

Deze zorg krijgt de verzekerde niet vergoed uit de aanvullende verzekering.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	- maximaal één consult of keuring. - Per consult of keuring geldt een maximum bedrag van € 100 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 3	- maximaal één consult of keuring. - Per consult of keuring geldt een maximum bedrag van € 100 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 4	- maximaal één consult of keuring. - Per consult of keuring geldt een maximum bedrag van € 100 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	- maximaal één consult of keuring. - Per consult of keuring geldt een maximum bedrag van € 100 per kalenderjaar



Artikel 13. Therapieën

13.1. Acnebehandeling

Vergoeding van de kosten van een acnebehandeling bij ernstige vormen van acne. De behandeling dient te worden verricht door een door de zorgverzekeraar voor deze zorg aangewezen zorgverlener. Deze is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgverleners. Het overzicht is raadpleegbaar op www.zorgzaam.nl. Op aanvraag kan de verzekerde schriftelijk informatie verkrijgen bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: (+31) 072 527 76 77 of via het contactformulier op www.zorgzaam.nl.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	- 90% tot maximaal € 20 per behandeling. - Maximaal 15 behandelingen per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	- 90% tot maximaal € 20 per behandeling. - Maximaal 15 behandelingen per kalenderjaar

13.2. Camouflagetherapie

Eénmalige vergoeding van de kosten van de te volgen lessen en de te gebruiken producten. Camouflagetherapie is gericht op het minder opvallend maken van littekens en huidaandoeningen met kleurafwijkingen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals. De behandeling dient te worden verleend door een door de zorgverzekeraar voor deze zorg aangewezen zorgverlener. Deze is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgverleners. Het overzicht is raadpleegbaar op www.zorgzaam.nl. Op aanvraag kan de verzekerde schriftelijk informatie verkrijgen bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: (+31) 072 527 76 77 of via het contactformulier op www.zorgzaam.nl.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	90% tot maximaal € 160 voor de gehele duur van de verzekering
Zorgzaam ster 3	90% tot maximaal € 160 voor de gehele duur van de verzekering
Zorgzaam ster 4	90% tot maximaal € 160 voor de gehele duur van de verzekering
Zorgzaam ster 5	90% tot maximaal € 160 voor de gehele duur van de verzekering

13.3. Elektrische ontharing en laserontharing

Vergoeding van de kosten voor elektrische ontharing en laserontharing in geval van abnormale, ernstig ontsierende haargroei in het gelaat. De kosten van verwijdering van overmatige beharing elders op het lichaam komen niet voor een tegemoetkoming in aanmerking. De behandeling dient te worden verricht door een door de zorgverzekeraar voor deze zorg aangewezen zorgverlener. Deze is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgverleners. Het overzicht is raadpleegbaar op www.zorgzaam.nl. Op aanvraag kan de verzekerde schriftelijk informatie verkrijgen bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: (+31) 072 527 76 77 of via het contactformulier op www.zorgzaam.nl.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	90% tot maximaal € 275 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 3	90% tot maximaal € 275 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 4	90% tot maximaal € 275 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	90% tot maximaal € 275 per kalenderjaar



13.4. Ergotherapie

Aanvullende vergoeding voor ergotherapie verleend door een ergotherapeut op voorwaarde dat deze zorg tot doel heeft de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen. Vanuit de Modelovereenkomst Zorgzaam heeft de verzekerde aanspraak op 10 behandelingen ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit deze aanvullende verzekering is een aanvulling op de vergoeding uit de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Bijzonderheden:

- Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van de zorgverlener of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als de behandelend zorgverlener het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.
- De verzekeraar heeft voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	maximaal 3 uur per kalenderjaar
Zorgzaam ster 4	maximaal 5 uur per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	maximaal 7 uur per kalenderjaar

13.5. Flebologische behandeling

Vergoeding van de kosten van flebologische behandeling door een arts, die niet de huisarts van de verzekerde is. In deze vergoeding zijn de kosten van de door de arts gegeven injecties begrepen. Genees- en verbandmiddelen via de apotheek betrokken, worden vergoed conform de Modelovereenkomst Zorgzaam. Reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	maximaal € 28 per bezoek
Zorgzaam ster 5	maximaal € 28 per bezoek

13.6. Fysiotherapie en Oefentherapie

Aanvullend op de Modelovereenkomst Zorgzaam vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck verleend door een (gespecialiseerd) fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Beiden dienen te voldoen aan het gestelde in de respectievelijke begripsomschrijvingen.

Bijzonderheden:

- a. De verzekerde is jonger dan 18 jaar: de verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van (kinder) fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de Modelovereenkomst Zorgzaam;
- b. De verzekerde is 18 jaar en ouder:
 - De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot het maximum aantal behandelingen van de aanvullende verzekering. Vanaf de eenentwintigste behandeling heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten vanuit de Modelovereenkomst Zorgzaam, als het om behandeling gaat van aandoeningen, die een langdurige of chronische behandeling vereisen. De verzekerde vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).
 - De verzekerde heeft vanaf de 38e behandeling recht op gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen). Voor maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten vanuit de Modelovereenkomst Zorgzaam;



- De verzekerde heeft vanaf de 13e behandeling recht op gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Voor maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten vanuit de Modelovereenkomst Zorgzaam;
 - De verzekerde heeft recht op oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij COPD vanaf stadium Gold II, als aanvulling op de vergoeding van de kosten van een maximum aantal behandelingen vanuit de Modelovereenkomst Zorgzaam;
 - De vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de Modelovereenkomst Zorgzaam;
- c. De verzekeraar heeft voor fysiotherapie en oefentherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Voor gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) voor de behandeling van etalagebenen zijn alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij Chronisch ZorgNet;
- d. Alternatieve bewegingstherapieën zijn gedekt overeenkomstig alternatieve geneeskunde (artikel 6.1.);
- e. Oedeemtherapie door een huidtherapeut is gedekt overeenkomstig oedeemtherapie (artikel 13.8.);
- f. Niet vergoed worden de kosten van behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van de conditie zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d. Tevens worden niet vergoed de kosten van behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van de leefstijl en ter vermindering van het risico op ziekte en preventieve trainingen zoals bijvoorbeeld valtraining, haptonomie, zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie;

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar
Zorgzaam ster 2	maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar
Zorgzaam ster 3	- maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar. - Manuele fysiotherapie krijgt de verzekerde per indicatie vergoed tot maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het van toepassing zijnde maximum aantal behandelingen per kalenderjaar
Zorgzaam ster 4	- maximaal 30 behandelingen per kalenderjaar. - Manuele fysiotherapie krijgt de verzekerde per indicatie vergoed tot maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het van toepassing zijnde maximum aantal behandelingen per kalenderjaar.
Zorgzaam ster 5	- maximaal 30 behandelingen per kalenderjaar. - Manuele fysiotherapie krijgt de verzekerde per indicatie vergoed tot maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het van toepassing zijnde maximum aantal behandelingen per kalenderjaar.

13.7. Herstellingsoord of zorghotel

Vergoeding van de kosten van een verblijf in een herstellingsoord of zorghotel:

- a. Aansluitend op het ontslag van de verzekerde uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum;
als de behandelingen in het ziekenhuis of ZBC helemaal zijn afgerond;
- b. Als de mantelzorger van de verzekerde overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
- c. Als de verzekerde wil herstellen van (mentale) overbelasting of 'burnout'.

Voor het aanvragen een verblijf in een herstellingsoord of zorghotel kan de verzekerde tijdens kantooruren contact opnemen met Zorgadvies en Bemiddeling: 072 - 527 76 77 keuzetoets 2 en/of via e-mailadres ZBSpecials@vgz.nl De afdeling Zorgadvies en -bemiddeling bespreekt met de verzekerde of er aanspraak bestaat op eerstelijnsverblijf vanuit de Zorgverzekeringswet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) of Wet Langdurige Zorg (Wlz).

Vergoeding vindt alleen plaats in een herstellingsoord of zorghotel voorkomend op door de zorgverzekeraar gehanteerde overzicht van gecontracteerde zorgverleners. Het overzicht van gecontracteerde herstellingsoorden en zorg-hotels is raadpleegbaar op www.zorgzaam.nl. Op aanvraag kan de verzekerde schriftelijk informatie opvragen bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: (+31) 072 527 76 77 of via het contactformulier op www.zorgzaam.nl.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	€ 23 per dag voor een periode van maximaal zes weken per kalenderjaar
Zorgzaam ster 3	€ 23 per dag voor een periode van maximaal zes weken per kalenderjaar
Zorgzaam ster 4	volledige vergoeding voor een periode van maximaal zes weken per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding voor een periode van maximaal zes weken per kalenderjaar

13.8. Oedeemtherapie

Vergoeding van de kosten van oedeemtherapie, verleend door een huidtherapeut. De vergoeding wordt uitsluitend verleend op verwijzing van de behandelend medisch-specialist. De huidtherapeut dient te voldoen aan het gestelde in de begripsomschrijving.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	maximaal negen behandelingen per kalenderjaar per behandeling geldt een maximum bedrag van € 40
Zorgzaam ster 3	maximaal negen behandelingen per kalenderjaar per behandeling geldt een maximum bedrag van € 40
Zorgzaam ster 4	maximaal negen behandelingen per kalenderjaar per behandeling geldt een maximum bedrag van € 40
Zorgzaam ster 5	maximaal negen behandelingen per kalenderjaar per behandeling geldt een maximum bedrag van € 40

13.9. Orthoptische behandelingen door een orthoptist

Vergoeding van de kosten van de behandelingen door een orthoptist, mits deze door de huisarts of medisch-specialist zijn voorgeschreven. Hiervoor is geen toestemming vereist.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 4	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding

13.10. Podotherapie en pedicure voor reumatische en diabetische voet

Vergoeding van de kosten van

- Behandelingen en consulten van podotherapie (voetafwijkingen). Dit zijn: huid- en nagelaandoeningen, voetklachten of klachten aan het houdings- en bewegingssysteem door een afwijkend functioneren en/of afwijkende stand van de voeten.
- Behandeling en consulten voor voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis. Voor pedicurebehandeling voor reumapatiënten is een verwijzing van de behandelend medisch-specialist of arts vereist;
- Voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1. Het doel van de behandelingen is (pijn)klachten en wonden door huid- en nagelaandoeningen en/of door overmatige druk op voet of nagels te verminderen of te voorkomen. De zorgverlener kan in overleg de verzekerde ook extra verzorgende voetzorg uitvoeren die niet in het behandelplan staat. Hieronder valt bijvoorbeeld het knippen van gezonde nagels en het verwijderen van eelt dat geen risico



geeft op een wond, het masseren van voeten en andere verzorgende behandelingen. Het is belangrijk over deze niet-medisch noodzakelijke voetzorg vooraf te overleggen, omdat deze kosten niet worden vergoed.

De podotherapie dient te worden verleend door een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

De pedicurebehandeling dient te worden verleend door:

- een medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
- een pedicure met aantekening 'Reumatische voet' of 'Diabetes voet';
- een pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo;
- een pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

Aanvullende voorwaarden

- De verzekerde met diabetes mellitus heeft recht op bepaalde voetzorg op grond van de zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2 en hoger. Deze voetzorg is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van de Modelovereenkomst Zorgzaam;
- Op de nota dient uw podotherapeut of pedicure het zorgprofiel te vermelden.
- Zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. De Zorgmodule vindt de verzekerde op www.zorgzaam.nl. De huisarts kan vertellen welk zorgprofiel van toepassing is voor de verzekerde.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	maximaal € 125 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 3	maximaal € 125 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 4	maximaal € 150 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	maximaal € 175 per kalenderjaar

13.11. Valpreventie

Een vergoeding voor een cursus valpreventie waarin de verzekerde vallen leert te voorkomen. Daarnaast krijgt de verzekerde balanstraining en leert de verzekerde vallen onder veilige omstandigheden. Een cursus valpreventie is voor verzekerden die moeite hebben met bewegen of lopen, bang zijn om te vallen of al een keer zijn gevallen.

De cursus moet worden verzorgd door een gecontracteerd fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of ergotherapeut die beschikt over een certificaat valtraining of een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of ergotherapeut met een certificaat valtraining verbonden aan een thuiszorginstelling.

De volgende trainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- a. In Balans;
- b. Vallen Verleden Tijd;
- c. Zicht op Evenwicht.

Na afloop van de cursus stuurt de verzekerde ons een bewijs van deelname en de nota samen met een declaratieformulier. De zorgverlener vermeldt op de nota dat hij beschikt over een certificaat valtraining.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	maximaal € 50 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 4	maximaal € 100 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	maximaal € 150 per kalenderjaar



Artikel 14. Thuiszorgverstrekingen

14.1. Huishoudelijke hulp

Hulp bij het huishouden in Nederland voor verzekerden vanaf 18 jaar, aansluitend op een ziekenhuisopname van de verzekerde van minimaal één overnachting. De huishoudelijke hulp wordt verzorgd door een erkende thuiszorgorganisatie of een door de zorgverzekeraar aangewezen organisatie. Een overzicht van de aangewezen organisaties is raadpleegbaar op www.zorgzaam.nl.

Bijzonderheden

- De verzekerde heeft recht op deze kosten tot maximaal 2 maanden na ziekenhuisopname.
- De hulp wordt geleverd op het woonadres van de verzekerde, zoals dat bij de verzekeraar bekend is.
- Onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging.
- De eigen bijdrage uit de Wlz en de Wmo wordt niet vergoed.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	maximaal 6 uur per kalenderjaar, maximaal € 16 per uur
Zorgzaam ster 4	maximaal 9 uur per kalenderjaar, maximaal € 16 per uur
Zorgzaam ster 5	maximaal 12 uur per kalenderjaar, maximaal € 16 per uur

14.2. Hospicezorg

Vergoeding van de eigen bijdragen in een door de zorgverzekeraar erkend hospice of Bijna-Thuis-Huis. Erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen zijn te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgverleners op www.zorgzaam.nl. De verzekerde kan schriftelijk informatie opvragen bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: (+31) 072 527 76 77 of via het contactformulier op www.zorgzaam.nl. De vergoeding geldt niet voor eigen bijdragen bij opvang in een verpleeghuis, verzorgingshuis of ziekenhuis.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	maximaal € 40 per etmaal
Zorgzaam ster 3	maximaal € 40 per etmaal
Zorgzaam ster 4	maximaal € 40 per etmaal
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding

14.3. Mantelzorgmakelaar

Een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar kan in overleg met de mantelzorger, tijdelijk ter voorkoming van overbelasting, allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn en financiën overnemen. Zorgadvies en -bemiddeling informeert en adviseert de verzekerde over mantelzorg. Deze afdeling kan de verzekerde zo nodig verwijzen naar een mantelzorgmakelaar, als de verzekerde mantelzorg ontvangt of mantelzorger is. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast. De verzekerde kan tijdens kantooruren, contact opnemen met Zorgadvies en Bemiddeling: 072 - 527 76 77 keuzetoets 2 en/of via e-mailadres ZBSpecials@vgz.nl

De diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt. De verzekeraar vergoedt de kosten van de mantelzorgmakelaar alleen op verwijzing van de afdeling Zorgadvies en -bemiddeling.



Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	maximaal € 500 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 3	maximaal € 500 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 4	maximaal € 500 per kalenderjaar
Zorgzaam ster 5	maximaal € 500 per kalenderjaar

14.4. Reiskosten bezoek aan ernstig zieke kinderen

Indien een bij Zorgzaam verzekerd kind tot 18 jaar wegens een ernstige (levensbedreigende) ziekte voor behandeling, die ten laste van de Modelovereenkomst Zorgzaam komt, is opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 km is verwijderd van de woonplaats en de aanwezigheid van de ouders voor de behandeling is noodzakelijk, wordt vanaf de tiende dag van opname een tegemoetkoming in de reiskosten gegeven. De vergoeding wordt gegeven op basis van een verklaring van de behandelend arts.

De vergoeding wordt niet gelijktijdig gegeven met de in artikel 14.5. omschreven vergoeding voor overnachting in het Ronald McDonaldhuis.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	maximaal € 25 per etmaal tot maximaal € 150 per opname
Zorgzaam ster 3	maximaal € 25 per etmaal tot maximaal € 200 per opname
Zorgzaam ster 4	maximaal € 25 per etmaal tot maximaal € 250 per opname
Zorgzaam ster 5	maximaal € 25 per etmaal tot maximaal € 250 per opname

14.5. Verblijfkosten Ronald McDonaldhuis

Vergoeding van de kosten van de door het Ronald McDonaldhuis of een hieraan gelijk gestelde instelling in rekening gebrachte kosten van overnachting voor de ouders van een bij Zorgzaam meeverzekerd kind tot 18 jaar, dat voor behandeling wordt opgenomen in een ziekenhuis.

De vergoeding wordt niet gelijktijdig gegeven met de in artikel 14.4. omschreven reiskosten bezoek ernstig ziek kind.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	Ronald McDonaldhuis: volledige vergoeding. Gelijkgestelde instelling: maximaal € 25 per etmaal
Zorgzaam ster 4	Ronald McDonaldhuis: volledige vergoeding. Gelijkgestelde instelling: maximaal € 25 per etmaal
Zorgzaam ster 5	Ronald McDonaldhuis: volledige vergoeding. Gelijkgestelde instelling: maximaal € 25 per etmaal

14.6. Verblijfkosten in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek of familiehuis Daniël den Hoed

Vergoeding van de kosten van een verblijf in het gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of het familiehuis Daniël den Hoed als de verzekerde poliklinisch onder behandeling is in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of Daniël den Hoed.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 2	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 3	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 4	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding



Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg

15.1. Kraampakket

Aanstaande moeders hebben vanaf de 4e maand van de zwangerschap recht op verstrekking van een door VGZ Kraamzorg verzorgd kraampakket. Kraampakketten aangeschaft via andere instanties of via de detailhandel worden niet vergoed.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen recht op kraampakket
Zorgzaam ster 2	geen recht op kraampakket
Zorgzaam ster 3	gratis kraampakket verzorgd door VGZ Kraamzorg
Zorgzaam ster 4	gratis kraampakket verzorgd door VGZ Kraamzorg
Zorgzaam ster 5	gratis kraampakket verzorgd door VGZ Kraamzorg

15.2. Kraamzorg

Vergoeding van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage kraamzorg. In plaats van kraamzorg thuis, geregeld door de zorgverzekeraar, kan worden gekozen voor een vaste vergoeding. De verzekerde dient zelf te voorzien in professionele kraamzorg door een verpleegkundige dan wel kraamverzorgende. Na afloop van de kraamperiode dient een kopie van het diploma van de door verzekerde gecontracteerde verpleegkundige/kraamverzorgende te worden overgelegd om voor vergoeding in aanmerking te komen. Voor informatie over kraamzorg en de voorwaarden kunt u terecht op onze website www.zorgzaam.nl

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	- volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage of; - een vaste vergoeding van maximaal € 1.180 per bevalling. De vaste vergoeding wordt verminderd met een bedrag van € 147,50 per dag die de moeder en het kind in het ziekenhuis verblijven.
Zorgzaam ster 5	- volledige vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage of; - een vaste vergoeding van maximaal € 1.180 per bevalling. De vaste vergoeding wordt verminderd met een bedrag van € 147,50 per dag die de moeder en het kind in het ziekenhuis verblijven.

15.3. Lactatiekundig consult

Lactatiekundig consult door een lactatiekundige voor de moeder bij problemen met borstvoeding. De verwijzing vindt plaats door een verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of Jeugdgezondheidszorgverpleegkundige. De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige. Dit protocol is op aanvraag verkrijgbaar en raadpleegbaar op www.zorgzaam.nl.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	€ 50 per bevalling
Zorgzaam ster 4	€ 100 per bevalling
Zorgzaam ster 5	€ 100 per bevalling



15.4. Poliklinische bevalling zonder medische noodzaak

In aanvulling op de vergoeding via de zorgverzekering vergoeding van de kosten van verloskundige hulp en de verblijfskosten in een ziekenhuis of een geboortecentrum.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 2	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 3	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 4	volledige vergoeding
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding

15.5. Prenataal onderzoek

Vergoeding van de kosten van prenataal onderzoek voor verzekerden zonder medische indicatie. Onder prenataal onderzoek worden de volgende onderzoeken verstaan: nekplooiemeting (NT-meting) en bloedonderzoek (combinatietest). Het prenatale onderzoek dient te worden verleend door een bevoegd verloskundige, huisarts of gynaecoloog.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	geen vergoeding
Zorgzaam ster 5	volledige vergoeding

15.6. Uitgestelde kraamzorg

Vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door de zorgverzekeraar, direct aansluitend op een bevalling en verblijf op medische indicatie in het ziekenhuis van langer dan 10 dagen. Vergoeding is alleen mogelijk na verwijzing door de behandelend arts. Verzekerde vrouwen, die een kind jonger dan 1 jaar adopteren, kunnen eveneens aanspraak maken op uitgestelde kraamzorg. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door de zorgverzekeraar. Voor informatie over kraamzorg en de voorwaarden kunt u contact opnemen met VGZ Kraamzorg.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	maximaal 12 uur
Zorgzaam ster 3	maximaal 12 uur
Zorgzaam ster 4	maximaal 12 uur
Zorgzaam ster 5	maximaal 12 uur

15.7. Elektrische borstkolf

Een tegemoetkoming in de kosten van de huur of aanschaf van een elektrische borstkolf voor vrouwelijke verzekerden.

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	maximaal € 80 eenmalig voor de gehele duur van de verzekering
Zorgzaam ster 5	maximaal € 80 eenmalig voor de gehele duur van de verzekering



15.8. Cursussen

Een tegemoetkoming voor vrouwelijke verzekerden voor de kosten voor het volgen van:

1. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap;
2. Cursussen die u voorbereiden op de bevalling;
3. Cursussen die het lichamelijke herstel na de bevalling bevorderen. We vergoeden deze kosten tot maximaal 6 maanden na de bevalling.

De cursus moet worden gegeven door:

- Een thuis- of kraamzorgorganisatie;
- Een verloskundige(-praktijk);
- Een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck aangesloten bij ZwangerFit®;
- Een haptonoom die lid is van de Vereniging van Haptonomisch Zwangerschaps Begeleiders (www.vhzb.nl);
- Een yoga-docent die lid is van de Vereniging Yogaleerkrachten Nederland (VYN);
- Een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Vereniging Samen Bevalen;
- Een zorgverlener gekwalificeerd in hypnobirthing die geregistreerd is bij Nederlandse Vereniging voor HypnoBirthing Cursusleiders (NVHBC).

Vergoeding

Zorgzaam ster 1	geen vergoeding
Zorgzaam ster 2	geen vergoeding
Zorgzaam ster 3	geen vergoeding
Zorgzaam ster 4	maximaal € 75 per bevalling
Zorgzaam ster 5	maximaal € 75 per bevalling



Meer weten?

Helpdesk Zorgzaam

Beschikbaarheid maandag t/m vrijdag van 08.00 uur tot 17.00 uur

Telefoonnummer (072) 527 76 77

Vanuit het buitenland +31 72 527 76 77

Zorgzaam

Postbus 445

5600 AK Eindhoven

E-mail zorgvragen

Via het contactformulier op: www.zorgzaam.nl.

VGZ Zorgverzekeraar N.V. (VGZ), statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer:

09156723. DNB vergunningnummer: 12000666.

VGZ Zorgverzekeraar N.V. is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A.