

Ubezpieczenie podstawowe

2024

Warunki ubezpieczenia Wykaz świadczeń objętych ubezpieczeniem

2024

Poniżej znajdują Państwo zestawienie świadczeń, których refundację zapewnia podstawowe ubezpieczenie ZEM Polis. Mogą tu też Państwo sprawdzić, czy przy płatności za dane świadczenie obowiązuje ryzyko własne i czy muszą Państwo zapłacić wkład własny.

Warunki ubezpieczenia

Przedstawiono tu skrócony wykaz najważniejszych refundowanych świadczeń medycznych. Pełną informację o wszystkich refundacjach i zasadach można znaleźć w warunkach ubezpieczenia.

Deklaracje kosztów do refundacji i refundacja kosztów opieki niezakontraktowanej

ZEM Polis jest ubezpieczeniem łączonym. Większość faktur za opiekę jest przesyłana przez świadczeniodawców bezpośrednio do ZEM. Jeżeli skorzystają Państwo jednak z usług niezakontraktowanego świadczeniodawcy, przysługują Państwu inne kwoty refundacji, które określono w „Artykule 1.5.2 Wysokość refundowanych kwot” warunków ubezpieczenia. Listę świadczeniodawców, z którymi mamy zawartą umowę na świadczenie opieki zdrowotnej (czyli zakontraktowanych), można znaleźć na stronie internetowej zem.nl/gecontracteerd.

Uwaga! Niniejsze zestawienie nie może stanowić podstawy do wnoszenia roszczeń.

Rodzaj świadczenia	Opis	Ryzyko własne	Ustawowy wkład własny
Lekarz pierwszego kontaktu	Konsultacje i leczenie	Nie	Nie
Stomatolog	Do 18. roku życia: kontrola i leczenie; oraz zabieg fluoryzacji dla dzieci poniżej 6. roku życia, u których wyrastają zęby stałe i trzonowe.	Nie	Nie
	Powyżej 18. roku życia: opieka z zakresu chirurgii stomatologicznej, badanie rentgenowskie i wyjmowane protezy zębowe. Kontrole okresowe nie są refundowane.	Tak	Tak, w przypadku protez zębowych. • Wyjmowana i pełna proteza zębowa: 25% kosztów Wyjmowana proteza zębowa i pełna proteza zębowa na implantach: 10% kosztów za protezę szczęki dolnej, 8% kosztów za protezę szczęki górnej • Naprawy lub wymiana płyty protezy (rebazacja) wyjmowanej i pełnej protezy zębowej: 10% kosztów
Lekarz specjalista	Wizyta u lekarza specjalisty, np. chirurga szczękowego, internisty lub alergologa	Tak	Nie
Szpital	Pobyt w szpitalu, operacje i nagła pomoc medyczna w szpitalu	Tak	Nie
Transport chorego	Transport karetką, jeśli będzie konieczny ze wskazań natury medycznej	Tak	Nie
	Transport chorego samochodem lub komunikacją publiczną, gdy istnieją wskazania do takiego transportu	Tak	Tak. 118,00 € na rok kalendarzowy
	Pacjenci, których leczenie trwa przez kilka następujących po sobie dni, mogą też wybrać opcję refundacji kosztów noclegu zamiast refundacji kosztów transportu.	Tak	Nie, chyba że wybiorą Państwo droższy nocleg.

Rodzaj świadczenia	Opis	Ryzyko własne	Ustawowy wkład własny
Leki	W przypadku niektórych leków refundujemy wyłącznie ich wariant o najniższej cenie. Nazywamy to „polityką leków preferowanych”. Proszę zapoznać się z „Regulaminem opieki farmaceutycznej” (Reglement Farmacie).	Tak (chyba że Państwa leki będą objęte polityką leków preferowanych)	Nie, chyba że sami wybiorą Państwo droższy lek.
Badanie krwi	Pobranie i badanie krwi za pośrednictwem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty	Tak	Nie
Opieka w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień (GGZ)	Opieka dla osób z dolegliwościami psychicznymi świadczona przez prowadzącego własną praktykę terapeutę lub w placówce.	Tak	Nie
Fizjoterapia	Do 18. roku życia: maksymalnie 18 zabiegów/sesji (2x9) z zakresu fizjoterapii	Nie	Nie
	Powyżej 18. roku życia: (w ograniczonym zakresie) fizjoterapia i terapia ćwiczeniowa od 21. zabiegu/sesji w przypadku dolegliwości z listy schorzeń przewlekłych. Za pierwsze 20 zabiegów płaci się zazwyczaj samodzielnie.	Tak	Nie
	Do 9 zabiegów fizjoterapii układu moczowo-płciowego w przypadku nietrzymania moczu	Tak	Nie
	Do 12 zabiegów terapii ćwiczeniowej w przypadku choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych i kolanowych	Tak	Nie
	Do 37 sesji terapii ćwiczeniowej w przypadku chromania przestankowego (claudicatio intermittens)	Tak	Nie
	Do 70 zabiegów terapii ćwiczeniowej w zakresie leczenia POChP w pierwszym roku	Tak	Nie
Logopedia	Leczenie musi służyć celom medycznym	Tak	Nie
Ergoterapia	Maksymalnie 10 godzin zabiegowych na rok kalendarzowy	Tak	Nie
Poradnictwo dietetyczne	Maksymalnie 3 godziny sesji na rok kalendarzowy	Tak	Nie
Opieka podczas ciąży i opieka okołoporodowa	Opieka położnicza	Nie	Nie

Rodzaj świadczenia	Opis	Ryzyko własne	Ustawowy wkład własny
	Opieka poporodowa	Nie	Tak. • Opieka poporodowa w domu: 5,10 € za godzinę • Opieka poporodowa w placówce (hotel porodowy, centrum położnicze itp.). Jeśli chce Pani rodzić w szpitalu/placówce, ale nie ma ku temu wskazań ze względów medycznych: za każdy dzień płaci Pani w każdym przypadku: 20,00 € za matkę i 20,00 € za każde dziecko. W zależności od placówki może zostać naliczona dodatkowa opłata. Jeśli stawka placówki przekroczy 143,00 € za dzień, zapłaci Pani również kwotę powyżej 143,00 €.
Domowe usługi pielęgniarstwa	Domowe usługi pielęgniarstwa, w tym osobisty budżet na zakup domowych usług pielęgniarstwa	Nie	Nie
Środki pomocnicze	Środki pomocnicze na potrzeby leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji, opieki lub pomocy przy szczególnych ograniczeniach. Np. aparat słuchowy czy buty ortopedyczne. Uwaga: nie obejmuje to chodzików/balkoników rehabilitacyjnych i innych prostych urządzeń wspomagających chodzenie. Więcej w „Regulaminie środków pomocniczych” (Reglement hulpmiddelen).	Tak	Dopłata zależy od środka pomocniczego. • Aparaty słuchowe: od 18. roku życia – 25% kosztów Obuwie ortopedyczne lub antyalergiczne: do 16. roku życia – 65,00 € za parę, powyżej 16. roku życia – 130,00 € za parę. • Peruki: wszystkie koszty powyżej 465,00 € • Soczewki kontaktowe: - za soczewki o okresie użytkowania dłuższym niż 1 rok – 61,00 € za soczewkę. Jeśli soczewki są używane przez 3 lata, płaci Państwo 61,00 € za soczewkę raz w ciągu tych 3 lat; - w przypadku soczewek o okresie użytkowania krótszym niż 1 rok – 61,00 € za soczewkę, maksymalnie 122,00 € w roku kalendarzowym. Jeśli potrzebują Państwo nowych soczewek 3 razy w ciągu roku, zapłaci Państwo w tym roku tylko raz 61,00 € za soczewkę. • Szklane korekcyjne: Do 18. roku życia: 61,00 € za szkło korekcyjne do okularów, maksymalnie 122,00 € na rok kalendarzowy.
Opieka dla osób z niepełnosprawnością	Opieka dla osób z niepełnosprawnością, które nie słyszą lub nie widzą prawidłowo bądź też mają zaburzenia rozwoju językowego	Tak	Nie
	Leczenie przez lekarza osób niepełnosprawnych umysłowo (AVG)	Tak	Nie
Opieka geriatryczna	Opieka rehabilitacyjna dla osób starszych	Tak	Nie
	Leczenie przez lekarza o specjalizacji geriatrycznej (SO)	Tak	Nie
Kompleksowy program zmiany trybu życia (GLI)	Opieka dla osób z nadwagą lub otyłością. GLI ma na celu zmianę złych nawyków, aby pacjent trwale nauczył się prowadzić zdrowy styl życia.	Nie	Nie



Zorgverzekering voor flexmigranten

Ubezpieczenie podstawowe

2024

Definicje pojęć.....	5
Ubezpieczenie podstawowe ZEM	10
Artykuł 1. Postanowienia ogólne.....	10
Artykuł 2. Rozpoczęcie, czas trwania i zakończenie okresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	13
Artykuł 3. Składka i ryzyko własne	16
Artykuł 4. Pozostałe warunki	19
Rubryka B Zakres ubezpieczenia.....	23
Artykuł 5. Opieka lekarza pierwszego kontaktu	23
Artykuł 6. Specjalistyczna opieka medyczna (z wyłączeniem opieki w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień)	24
Artykuł 7. Opieka położnicza i opieka poporodowa	26
Artykuł 8. Rehabilitacja	29
Artykuł 9. Transplantacje organów	30
Artykuł 10. Dializa.....	31
Artykuł 11. Mechaniczne podtrzymywanie oddychania.....	31
Artykuł 12. Choroby nowotworowe u dzieci	32
Artykuł 13. Opieka medyczna dla pacjentów cierpiących na zakrzepicę	32
Artykuł 14. Poradnictwo genetyczne.....	32
Artykuł 15. Opieka audiologiczna.....	33
Artykuł 16. Opieka związana ze stymulacją zapłodnienia	33
Artykuł 17. Opieka paramedyczna.....	34
Artykuł 18. Opieka stomatologiczna	40
Artykuł 19. Opieka farmaceutyczna	44
Artykuł 20. Środki pomocnicze.....	48
Artykuł 21. Transport pacjenta	49
Artykuł 22. Za granicą	51
Artykuł 23. Opieka w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień (GGZ).....	52
Artykuł 24. Opieka kompleksowa	55
Artykuł 25. Rzucanie palenia	56
Artykuł 26. Opieka dla osób z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu	57
Artykuł 27. Opieka medyczna i pielęgnarska	57
Artykuł 28. Kompleksowy program zmiany trybu życia	60
Artykuł 29. Druga opinia.....	62
Rubryka C Informacje	63

Definicje pojęć

Asystent lekarza (PA)

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

Badania laboratoryjne

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

Baza danych osobowych

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

Centralny świadczeniodawca

Uprawniony specjalista, który pomaga w świadczeniu pomocy dziecku i rodzinie/systemowi opieki zdrowotnej poprzez koordynację odpowiedniego wsparcia mającego na celu wzmocnienie zdolności dziecka/rodziny w zakresie samodzielnej opieki.

Centrum poradnictwa genetycznego

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

Centrum porodowe

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

Centrum specjalistycznej opieki medycznej

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

Centrum specjalistycznej opieki stomatologicznej

Centrum akademickie lub w naszej ocenie porównywalny ośrodek świadczenia usług stomatologicznych w szczególnych przypadkach, gdy wymagane jest leczenie prowadzone przez specjalistyczny zespół i/lub szczególna wiedza specjalistyczna.

Chirurg szczękowy

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

Członek rodziny

Osoba należąca do rodziny zgodnie z powyższą definicją.

Dietetyk

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

Domowe usługi pielęgniarskie

Opieka medyczna i pielęgniarska świadczona przez personel pielęgniarski.

Doradca medyczny

Lekarz (stomatolog), fizjoterapeuta lub inny specjalista, który udziela nam porad w kwestiach medycznych, fizjoterapeutycznych lub innych.

Dziecięcy terapeuta ćwiczeniowy

Terapeuta ćwiczeniowy, zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w tzw. Rozporządzeniu o dietetykach, ergoterapeutach, logopedach, instruktorach higieny jamy ustnej, terapeutach ćwiczeniowych, ortoptykach i

podologach, który jest zarejestrowany jako dziecięcy terapeuta ćwiczeniowy w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici).

Dziecko

Niebędące w związku małżeńskim dziecko w wieku do lat 18 – własne, adoptowane lub dziecko w rodzinie zastępczej.

Ergoterapeuta

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

Ergoterapeuta dziecięcy

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

Ergoterapeuta ręki

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

Fizjoterapeuta

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

Fizjoterapeuta dziecięcy

Fizjoterapeuta, który jest zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG i jest wpisany jako fizjoterapeuta dziecięcy w Centralnym Holenderskim Rejestrze Jakościowym Fizjoterapii Królewskiego Towarzystwa Fizjoterapii (KNGF) lub jest wpisany do indywidualnego rejestru Fundacji Certyfikowanych Fizjoterapeutów (Stichting Keurmerk Fysiotherapie).

Fizjoterapeuta specjalizujący się w geriatryi

Fizjoterapeuta, który jest zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG i jest wpisany jako fizjoterapeuta specjalizujący się w geriatryi w Centralnym Holenderskim Rejestrze Jakościowym Fizjoterapii Królewskiego Towarzystwa Fizjoterapii (KNGF) lub jest wpisany do indywidualnego rejestru Fundacji Certyfikowanych Fizjoterapeutów (Stichting Keurmerk Fysiotherapie).

Fizjoterapeuta, specjalista w leczeniu chorób psychosomatycznych

Fizjoterapeuta, który jest zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG i jest wpisany jako fizjoterapeuta specjalizujący się w leczeniu chorób psychosomatycznych w Centralnym Holenderskim Rejestrze Jakościowym Fizjoterapii Królewskiego Towarzystwa Fizjoterapii (KNGF) lub jest wpisany do indywidualnego rejestru Fundacji Certyfikowanych Fizjoterapeutów (Stichting Keurmerk Fysiotherapie).

Fizjoterapeuta ze specjalizacją

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

Główny lekarz prowadzący

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

Hospicjum

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

Hospitalizacja

Przyjęcie do szpitala/placówki i pobyt w nim/niej przez co najmniej 1 dzień w takim przypadku i na tak długo, na ile ze względów medycznych opieka objęta ubezpieczeniem może być świadczona wyłącznie w szpitalu/placówce.

Instruktor higieny jamy ustnej

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

Kraj UE i EOG

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

Kwota/stawka zgodna z rynkiem

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

Lekarz

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

Lekarz pierwszego kontaktu

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

Lekarz publicznej służby zdrowia

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

Lekarz specjalista

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

Lekarz specjalista terapii manualnej

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

Lekarz zakładowy

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

Logopeda

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

Łączony system diagnostyczno-leczniczy (DBC)

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

My/nas/nam/ZEM

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

Okaleczenie

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

Okres objęcia ubezpieczeniem

Okres trwania ubezpieczenia, przez który są Państwo łącznie ubezpieczeni w ZEM.

Opieka farmaceutyczna

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

Opieka konieczna ze względów medycznych

Ubezpieczony ma prawo do opieki medycznej jedynie wtedy, gdy będą ku temu uzasadnione wskazania zgodnie z rodzajem i zakresem dolegliwości, pod warunkiem, że niniejsze ubezpieczenie obejmuje tego rodzaju przypadek. Kwestie te podlegają ocenie naszego doradcy medycznego.

Opieka poporodowa

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

Opieka szpitalna jednodniowa

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

Ortodoncja

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

Ortodonta

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

Optometrysta

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

Ortoptyk

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

Osoba z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu

Osoba, u której występuje ograniczenie wzrokowe, słuchowe lub ograniczenie w komunikowaniu się, wynikające z zaburzenia rozwoju wystawiania się.

Oszustwo

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

Pakiet intensywności opieki ZZP

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

Państwo (Pan lub Pani)/ubezpieczony(-a)

Osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia, zarejestrowana u nas jako ubezpieczona.

Partner(ka)

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

Pediatra/Lekarz opieki zdrowotnej nad małoletnimi

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

Pedicurzyst(k)a o specjalizacji leczniczej

Pedicurzyst(k)a o specjalizacji leczniczej ze świadectwem średniej szkoły branżowej lub zawodowej (poziom 4.), uprawniony(-a) w ten sposób do pielęgnacji stóp narażonych na schorzenia, np. stopy cukrzycowej lub reumatoidalnej. Musi być ponadto wpisany(-a) do Rejestru Jakościowego Paramedyków (KRP), Rejestru Jakościowego Podmiotów Świadczących Medyczną Opiekę Podologiczną (KMV) lub Rejestru Paramedycznej Pielęgnacji Stóp (RPV). Pedicurzyst(k)a o specjalizacji leczniczej musi też być zarejestrowany(-a) wraz ze swoim kodem AGB w Rejestrze AGB (Ogólno Zarządu Danych) prowadzonym przez Vektis.

Pielęgniarka/pielęgniarz

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

Placówki GGZ

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

Pobyty

Pobyty w szpitalu/placówce przez co najmniej 24 godziny.

Polisa zdrowotna

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

Położna(-y)

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

Pomoc specjalistyczna

Pomoc lub badanie, które według powszechnie przyjętych norm medycznych wchodzi w zakres specjalizacji lekarza specjalisty i które może zostać uznane za standardowe leczenie lub badanie.

Poradnia położnicza lub centrum położnicze

Instytucja dopuszczona na mocy i zgodnie z zasadami ustalonymi w ustawie lub na jej podstawie, jak również uznana przez nas za taką, udzielająca opieki położniczej w domu ubezpieczonej lub w miejscu jej pobytu.

Próba zapłodnienia in vitro

Opieka w zakresie zapłodnienia metodą in vitro polegająca na:

- stymulowaniu dojrzewania komórek jajowych w ciele kobiety poprzez leczenie hormonalne;
- punkcji jajnika;
- zapłodnieniu komórek jajowych oraz rozwoju zarodków w laboratorium;
- umieszczeniu (raz lub więcej razy) zapłodnionych komórek jajowych (jednej lub kilku) w macicy, aby uzyskać efekt końcowy, jakim jest ciąża.

Psychiatra

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

Psycholog opieki zdrowotnej

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

Psychoterapeuta

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

Racjonalna farmakoterapia

Ocena przeprowadzana na podstawie racjonalnej farmakoterapii dotyczy leków niezarejestrowanych i tego, czy występuje sytuacja uzasadniająca ich refundację z ubezpieczenia podstawowego. Racjonalna farmakoterapia to

leczenie za pomocą leku w formie odpowiedniej dla ubezpieczonego, którego działanie i skuteczność potwierdza aktualny stan wiedzy medycznej oraz przyjęte praktyki. Jednocześnie lek taki powinien być najbardziej opłacalny cenowo zarówno dla ubezpieczyciela, jak i ubezpieczonego.

Rehabilitacja

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

Rodzina

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

Rozsądna odległość

Rozsądna odległość do miejsca świadczenia zakontraktowanej opieki zdrowotnej, w określonym promieniu kilometrów od miejsca zamieszkania ubezpieczonego. Więcej informacji na ten temat można od nas uzyskać pod numerem telefonu (071) 5 825 825 lub odwiedzając jeden z naszych oddziałów.

Specjalist(k)a pielęgniarstwa

Specjalist(k)a pielęgniarstwa zarejestrowany(-a) zgodnie z art. 3 ustawy BIG, posiadający(-a) specjalizację pielęgniarstwa w dziedzinie opieki doraźnej, w schorzeniach przewlekłych, prewencyjnej lub intensywnej w chorobach somatycznych bądź też opieki w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień.

Środki pomocnicze

Środki pomocnicze objęte zakresem ubezpieczenia zdrowotnego.

Stawka WMG

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

Stomatolog

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

Stomatolog protetyk

Stomatolog protetyk posiadający wykształcenie określone w tzw. Uchwale o warunkach kształcenia i zakresie uprawnień stomatologa protetyka.

Szpital

Placówka udzielająca specjalistycznej opieki zdrowotnej, dopuszczona jako szpital lub samodzielny zakład opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami Ustawy o dopuszczaniu placówek opieki zdrowotnej (WTZi).

Technik dentystryczny

Technik dentystryczny wykonujący prace techniczno-dentystryczne w laboratorium protetycznym.

Terapeuta chorób skóry

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

Terapeuta ćwiczeniowy metodą Cesara/Mensendiecka

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

Terapeuta ćwiczeniowy specjalizujący się w geriatrici

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

Terapeuta ćwiczeniowy, specjalista w leczeniu chorób psychosomatycznych

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

Terapeuta ćwiczeniowy ze specjalizacją

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

Terapeuta manualny

Fizjoterapeuta, który jest zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG i jest wpisany jako terapeuta manualny w Centralnym Holenderskim Rejestrze Jakościowym Fizjoterapii Królewskiego Towarzystwa Fizjoterapii (KNGF) lub jest wpisany do indywidualnego rejestru Fundacji Certyfikowanych Fizjoterapeutów (Stichting Keurmerk Fysiotherapie).

Terapeuta obrzękowy

Fizjoterapeuta, który jest zarejestrowany zgodnie z warunkami określonymi w art. 3 ustawy BIG i jest wpisany jako terapeuta obrzękowy w Centralnym Holenderskim Rejestrze Jakościowym Fizjoterapii Królewskiego Towarzystwa Fizjoterapii (KNGF) lub jest wpisany do indywidualnego rejestru Fundacji Certyfikowanych Fizjoterapeutów (Stichting Keurmerk Fysiotherapie).

Transport pacjenta

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

Trener zdrowego stylu życia

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

Ubezpieczający

Osoba, która zawarła z nami umowę ubezpieczenia.

Ubezpieczenie

Regulowany umową ubezpieczenia stosunek prawny.

Ubezpieczenie podstawowe

Ubezpieczenie zdrowotne zgodne z ustawą o ubezpieczeniach zdrowotnych.

Ubezpieczenie zdrowotne

Ubezpieczenie zdrowotne zgodne z ustawą o ubezpieczeniach zdrowotnych. Nazywane jest również ubezpieczeniem podstawowym lub ubezpieczeniem zasadniczym.

Ubezpieczyciel

Towarzystwo ubezpieczeniowe, które jako takie ma prawo oferować ubezpieczenia w myśl ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych. ZEM jest znakiem handlowym towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorg en Zekerheid u.a.

Udział własny

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

Udział własny w lekach GVS

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

Umowa ubezpieczenia

Umowa ubezpieczenia zawierana pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczycielem.

Ustawa BIG

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

WLZ

Ustawa o długotrwałej opiece (Wet langdurige zorg).

Wypadek

Nagłe zdarzenie niezależne od woli ubezpieczonego, wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego dochodzi do obrażeń ciała, których rodzaj i umiejscowienie jesteśmy w stanie ustalić pod względem medycznym.

Wyspecjalizowany(-a) pedicurzyst(k)a

Zwykły(-a) pedicurzyst(k)a ze świadectwem szkoły branżowej lub średniej szkoły zawodowej (poziom 3.), co musi być uzupełnione wpisem uprawniającym do „pielęgnacji stóp u pacjentów z cukrzycą” i/lub „pielęgnacji stóp u pacjentów z reumatyzmem”. Musi być zarejestrowany(-a) jako pedicurzyst(k)a posiadający(-a) tę specjalizację w Rejestrze Jakościowym Pedicurzystów (Kwaliteits Register voor Pedicures, KRP) lub w Rejestrze Paramedycznej Pielęgnacji Stóp (Register Paramedische Voetzorg, RPV). Zwykły(-a) pedicurzyst(k)a musi też być zarejestrowany(-a) wraz ze swoim kodem AGB w Rejestrze AGB (Ogólnego Zarządu Danych) prowadzonym przez Vektis.

Zaburzenia funkcji cielesnych

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

Zakontraktowana opieka zdrowotna

Opieka, której świadczenie na podstawie ubezpieczenia (zdrowotnego) zlecamy na podstawie umowy zawartej pomiędzy nami a świadczeniodawcą lub instytucją opieki zdrowotnej.

Zapewnienie środków pomocniczych

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

Zarejestrowany instruktor higieny jamy ustnej

Zarejestrowany instruktor higieny jamy ustnej musi spełniać następujące wymogi:

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

Zbiorowość

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

Zespół świadczenia usług

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

Rubryka A Ogólne warunki ubezpieczenia

Artykuł 1. Postanowienia ogólne

1.1 Podstawy ubezpieczenia zdrowotnego

Niniejsza umowa ubezpieczenia zdrowotnego opiera się na:

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

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

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

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

1.2 Kto może zawrzeć ubezpieczenie zdrowotne

Do naszego ubezpieczenia zdrowotnego mogą przystąpić wszystkie osoby objęte obowiązkiem ubezpieczenia, zamieszkałe w Holandii lub za granicą. Prawo do opieki zdrowotnej i refundacji kosztów opieki przysługuje wszystkim ubezpieczonym zamieszkałym w Holandii i za granicą. W odstępie od 1. zdania tego artykułu, niniejsze ubezpieczenie zdrowotne nie jest dostępne dla osób, których poprzednia umowa ubezpieczenia zdrowotnego została wypowiedziana lub rozwiązana z powodu oszustwa w ciągu pięciu lat bezpośrednio poprzedzających wniosek o zawarcie niniejszego ubezpieczenia.

1.3 Forma ubezpieczenia zdrowotnego

ZEM jest znakiem handlowym Zorg en Zekerheid. ZEM Polis jest ubezpieczeniem łączonym. Większość opieki przysługującej na jego podstawie jest świadczona w naturze. Oznacza to, że uzyskają Państwo potrzebną opiekę od zakontraktowanego przez nas świadczeniodawcy. W przypadku opieki stomatologicznej i opieki paramedycznej przysługuje Państwu prawo do zwrotu poniesionych na nią kosztów (refundacji).

ZEM Polis jest ponadto ubezpieczeniem internetowym. Przy jego zawieraniu udzielają Państwo ZEM zgody na otrzymanie polisy ubezpieczeniowej wyłącznie w wersji elektronicznej oraz na to, by wszelka komunikacja pomiędzy Państwem a ZEM (w tym m.in. przesyłanie deklaracji kosztów i faktur) odbywała się przez internet.

1.4 Rodzaj i zakres ubezpieczenia zdrowotnego

Prawo do opieki lub refundacji kosztów opieki zgodnie z zapisami niniejszej umowy przysługuje Państwu wówczas, gdy opieka ta jest dla Państwa w uzasadniony sposób zalecana, jeśli chodzi o jej rodzaj i zakres. Jest to ustalane również w oparciu o jakość i skuteczność świadczonej opieki lub usług. Przy określaniu rodzaju i zakresu opieki bierze się między innymi pod uwagę aktualny stan wiedzy naukowej i stosowane praktyki. Gdy brak tych wyznaczników, rodzaj i zakres opieki jest określany przez to, co w danej dziedzinie obowiązuje jako odpowiedzialna i adekwatna opieka oraz świadczenie usług. Aby ubezpieczony mógł uzyskać refundację, jego świadczeniodawca musi przestrzegać odpowiednich wytycznych, standardów/ram jakościowych i wszystkich innych dokumentów, które mają charakter normy jakościowej dla danej grupy zawodowej.

1.5 Kto może świadczyć opiekę zdrowotną

1.5.1 Zakontraktowani świadczeniodawcy

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

Gdy będą Państwo potrzebować opieki opisanej w Rubryce B, mogą się Państwo zwrócić do świadczeniodawcy zakontraktowanego przez ZEM. Wykaz zakontraktowanych świadczeniodawców dla danego rodzaju opieki można znaleźć na stronie www.zem.nl/zorgzoeker.

Mogą się też Państwo z nami skontaktować, dzwoniąc pod numer telefonu (071) 5 825 777 lub odwiedzając jeden z naszych oddziałów.

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

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

1.5.2 Niezakontraktowani świadczeniodawcy

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

Gdy ubezpieczony skorzysta z opieki świadczonej przez niezakontraktowanego świadczeniodawcę, ZEM zrefunduje jej koszty w wysokości do 75% (maksymalnej) stawki WMG. Jeśli brak jest (maksymalnej) stawki WMG, ZEM dokona refundacji maksymalnie do 75% zakontraktowanej przez nas średniej stawki.

Gdy udadzą się Państwo do niezakontraktowanego świadczeniodawcy, aby skorzystać ze specjalistycznej opieki medycznej, ZEM dokona refundacji w wysokości 90% zakontraktowanej przez nas średniej stawki.

Gdy udadzą się Państwo do niezakontraktowanego świadczeniodawcy, aby skorzystać z opieki w zakresie zdrowia psychicznego (zob. artykuł 23), ZEM dokona refundacji maksymalnie do 70% zakontraktowanej przez nas średniej stawki. Co się stanie, jeśli ubezpieczony skorzysta z opieki medycznej i pielęgniarstwa (zob. artykuł 27.1) świadczonej przez niezakontraktowanego świadczeniodawcę? Otrzyma wówczas refundację 70% kosztów widniejących na rachunku, maksymalnie do 70% zakontraktowanej przez nas średniej stawki.

Gdy udadzą się Państwo do niezakontraktowanego świadczeniodawcy, aby skorzystać z opieki w zakresie fizjoterapii, terapii ćwiczeniowej, ergoterapii, logopedii (zob. artykuły 17.1, 17.2 i 17.3) lub opieki stomatologicznej (zob. artykuł 18), zwrócimy Państwu te koszty do wysokości (maksymalnej) stawki WMG (określonej w Ustawie o organizacji rynku opieki medycznej (Wet marktordening gezondheidszorg, WMG)). Jeśli brak jest (maksymalnej) stawki ustalonej na podstawie Ustawy WMG, zrefundujemy koszty opieki maksymalnie do obowiązującej kwoty zgodnej z warunkami rynkowymi w Holandii.

Jeśli stwierdzimy, że zadeklarowana do refundacji kwota nie jest zgodna ze stawkami obowiązującymi na rynku, skontaktujemy się z Państwa świadczeniodawcą i i będziemy negocjować cenę. Jeśli świadczeniodawca nie zechce pójść na żadne ustępstwa co do ceny, w ostateczności poniosą Państwo część kosztów na własny rachunek.

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

Jeśli wyżej określona refundacja za niezakontraktowaną opiekę stanowi możliwe do wykazania, rzeczywiste utrudnienie dla przeciętnego modalnego ubezpieczonego, zrefundujemy kwotę, która będzie na tyle wyższa, by tego typu rzeczywiste utrudnienie nie miało miejsca.

1.5.3 Limity finansowania

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

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

1.6 Świadczenie opieki na czas

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

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

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

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

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

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

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

1.8 Pisemna zgoda, skierowanie lub recepta

1.8.1 Pisemna zgoda

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

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

Przykład

Przystąpili Państwo do naszego ubezpieczenia w dniu 1 stycznia 2024 r. Państwa poprzedni ubezpieczyciel wydał Państwu pisemną zgodę na uzyskanie świadczenia z zakresu chirurgii plastycznej. Data końcowa obowiązywania tej zgody to 23 marca 2024 r. Jeśli poddadzą się Państwo leczeniu przed tą datą, nie będą Państwo musieli zwracać się do nas o zgodę.

1.8.2 Złożenie na czas wniosku o udzielenie zgody

Ubezpieczający/ubezpieczony jest zobowiązany złożyć w ZEM wniosek o udzielenie zgody, która jest wymagana na określone leczenie, świadczenia i instytucje opieki zdrowotnej, z odpowiednim wyprzedzeniem, tak aby ZEM miało możliwość uzyskania wszystkich potrzebnych wyjaśnień i jeśli jest to konieczne, określenia dokładnych warunków korzystania z zaproponowanego leczenia lub świadczeń.

1.8.3 Niedopełnienie obowiązku

W przypadku niewywiązania się z obowiązku określonego w artykule 1.8.2 ewentualnymi (finansowymi) skutkami zostanie z zasady obciążony ubezpieczony. Poza tym w przypadku nieudzielenia (jeszcze) wymaganej zgody przez ZEM, ubezpieczonemu z zasady nie będzie przysługiwać prawo do opieki, lub też ZEM nie będzie miało obowiązku refundacji jakichkolwiek kosztów.

1.8.4 Skierowanie lub recepta

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

1.9 Refundacja kosztów innych form opieki

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

1.10 Zwrot

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

1.11 Kiedy rachunek za świadczenie ulega przedawnieniu

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

1.12 Powiadomienia

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

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

2.1 Od kiedy są Państwo ubezpieczeni

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

2.1.1

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

- 2.1.2 Jeśli wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym zostanie złożony w ciągu czterech miesięcy od powstania obowiązku ubezpieczenia, zastosowaną datą wejścia w życie będzie dzień powstania obowiązku ubezpieczenia. Dlatego w przypadku, gdy urodzi się Państwu dziecko, bardzo ważne jest, aby ubezpieczyli je Państwo u nas w ciągu czterech miesięcy od dnia jego narodzin. Dziecko będzie wówczas ubezpieczone od dnia urodzenia. Jeśli w ciągu czterech miesięcy nie otrzymamy zgłoszenia do objęcia ubezpieczeniem nowo narodzonego dziecka, ubezpieczenie to wejdzie w życie dopiero z dniem zgłoszenia, a nie z mocą wsteczną od dnia narodzin.
- 2.1.3 Państwa ubezpieczenie zdrowotne zacznie obowiązywać z mocą wsteczną od dnia, w którym zostało zakończone poprzednie ubezpieczenie zdrowotne, pod warunkiem, że okres pomiędzy datą zakończenia poprzedniego ubezpieczenia zdrowotnego i zawarciem nowego nie przekroczy jednego miesiąca. Objęcie ubezpieczeniem z mocą wsteczną pod wyżej wymienionym warunkiem jest możliwe tylko w następujących przypadkach:
- poprzednie ubezpieczenie zdrowotne zostało zakończone przez wypowiedzenie z dniem 1 stycznia;
 - warunki ubezpieczenia zostały zmienione na niekorzyść ubezpieczonego;
 - podstawa składki ubezpieczeniowej została zmieniona na niekorzyść ubezpieczonego.
- 2.1.4 Jeśli w dniu określonym w artykule 2.1 będą Państwo jeszcze objęci innym ubezpieczeniem zdrowotnym, nasze ubezpieczenie wejdzie w życie w dniu podanym przez Państwa. Dzień taki musi być wyznaczony na datę w przyszłości, a Państwo muszą spełniać warunki przejścia do innego ubezpieczyciela.

2.2 Kiedy można wypowiedzieć ubezpieczenie

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

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

2.2.1 Wcześniejsze wypowiedzenie ubezpieczenia

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

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

Wypowiedzenie w przypadku ukończenia 18. roku życia

Jeśli Państwa dziecko kończy 18 lat, mogą Państwo dokonać wcześniejszego wypowiedzenia jego ubezpieczenia. Państwa dziecko musi wtedy samodzielnie zawrzeć dla siebie ubezpieczenie zdrowotne.

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

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

- c. wprowadzimy zmiany do składki i/lub warunków ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami artykułu 2.8.2;
- d. otrzymali Państwo od organu władz w zakresie opieki zdrowotnej powiadomienie o otrzymaniu przez nas od tego organu pouczenia z powodu niespełniania wymogów artykułu 15f ustawy o dodatkowych zasadach dot. przetwarzania danych osobowych w opiece zdrowotnej, lub też powiadomienie o nałożeniu na nas kary finansowej wskutek naruszenia zapisów tego artykułu. Mogą Państwo wówczas wypowiedzieć ubezpieczenie w terminie 6 tygodni od dnia otrzymania powiadomienia określonego w literze d. Wypowiedzenie wejdzie w życie w pierwszy dzień drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po dniu jego złożenia.

2.3 Kiedy nie można wypowiedzieć ubezpieczenia

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

2.4 Kiedy możemy wypowiedzieć Państwu ubezpieczenie

Możemy zakończyć objęcie Państwa ubezpieczeniem tylko w następujących sytuacjach:

- a. kiedy nie będą Państwo płacić na czas składki i ewentualnych kosztów jej windykacji w myśl artykułu 3.4 „Zaległe płatności”;
- b. gdy wystąpi oszustwo określone w artykule 4.5 „Postępowanie w przypadku oszustw”;
- c. jeśli z przyczyn leżących w naszym interesie wycofamy ubezpieczenie zdrowotne z rynku;
- d. jeśli nie będziemy mogli skomunikować się z Państwem przez internet, zgodnie z postanowieniami artykułu 1.3; w związku z tym prosimy, aby zawsze przekazywali nam Państwo swój aktualny adres e-mail;
- e. jeśli składka nie jest już opłacana za pomocą polecenia zapłaty, jak opisano w artykule 3.2.

2.5 Kiedy możemy zawiesić objęcie Państwa ubezpieczeniem

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

2.6 Kiedy ubezpieczenie zdrowotne wygasa z mocy prawa

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

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

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

2.7 Ubezpieczenie osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym

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

Jesteśmy upoważnieni do anulowania zawartej dla Państwa przez CAK przez pomyłkę umowy ubezpieczenia, gdyby następnie okazało się, że w chwili jej zawarcia nie podlegali Państwo obowiązkowi ubezpieczenia. Sytuacja taka stanowi odstępstwo od artykułu 931 księgi 7 Kodeksu cywilnego na mocy artykułu 9d ust. 6 Ustawy ZVW.

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

2.8. Zmiana wysokości (podstawy) składki i warunków

2.8.1 Zmiana składki i warunków

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

2.8.2 Prawo wypowiedzenia

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

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

2.9. Bezprawne zawarcie ubezpieczenia

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

Artykuł 3. Składka i ryzyko własne

3.1 Podstawa składki

Kwotę należnej składki podano w Państwa polisie.

3.2 Kto opłaca składkę

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

Przykład

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

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek i innych udziałów wynikających z (zagranicznych) uregulowań lub postanowień prawnych za wszystkie ubezpieczone przez niego osoby. Płatności odbywają się z góry. Mogą Państwo wybrać okres płatności: co miesiąc, co kwartał, co pół roku, lub co rok.

Składkę za ubezpieczenie ZEM Polis można zapłacić wyłącznie poprzez polecenie zapłaty.

3.3 Potrącanie kwot należnych do refundacji ze składki

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

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

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

3.4 Zaległe płatności

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

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

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

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

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

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

3.4.5 Niezwłocznie powiadomimy CAK o dniu, w którym:

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

3.4.6 Jeśli będą Państwo zalegali z zapłatą całego naszego roszczenia i spełnione zostaną postanowienia artykułu 6:96 ust. 6 Kodeksu cywilnego, zapłacą nam Państwo pozasądowe koszty windykacji. Pozasądowe koszty windykacji są ustalane i obliczane zgodnie z Uchwałą w sprawie zwrotu pozasądowych kosztów windykacji przyjętą na podstawie artykułu 6:96 ust. 5 Kodeksu cywilnego.

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

3.5 Obowiązkowe ryzyko własne

3.5.1 Wysokość kwoty obowiązkowego ryzyka własnego

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

Oznacza to, że do wysokości kwoty obowiązkowego ryzyka własnego ubezpieczony musi sam zapłacić za koszty opieki objętej ubezpieczeniem. Chodzi tu o koszty, jakie w ciągu roku kalendarzowego ponoszą Państwo na podstawie ubezpieczenia podstawowego. Podobnie jak składkę ubezpieczeniową, również obowiązkowe ryzyko własne można zapłacić wyłącznie poprzez polecenie zapłaty.

3.5.2 W przypadku jakiej opieki ma zastosowanie obowiązkowe ryzyko własne

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

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

3.5.3 Od kiedy należy płacić obowiązkowe ryzyko własne

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

3.5.4 Obliczanie kwoty obowiązkowego ryzyka własnego

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

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

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

Przykład

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

3.5.5 Obowiązkowe ryzyko własne w przypadku produktu DBC

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

3.5.6 Zapłata obowiązkowego ryzyka własnego

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

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

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

Artykuł 4. Pozostałe warunki**4.1. Ubezpieczony ma obowiązek:**

- a. poprosić lekarza prowadzącego lub specjalistę medycznego o przedstawienie przyczyn przyjęcia do szpitala doradcy medycznemu ZEM, gdy ten zechce je poznać;
- b. pomóc w zgromadzeniu wszystkich potrzebnych informacji (z uwzględnieniem przepisów o ochronie prywatności) doradcy medycznemu lub innym osobom odpowiedzialnym za kontrolę w ZEM. Obejmuje to również udzielenie pomocy w uzyskaniu drugiej opinii niezależnego specjalisty, o ile zaleci to ZEM. Koszty związane z uzyskaniem drugiej opinii ponosi wówczas ZEM;
- c. poinformować ZEM o faktach, które mogą doprowadzić do uzyskania zwrotu kosztów od (możliwie) odpowiedzialnych osób trzecich. W związku z tym bezpłatnie udzieli Państwo ZEM wszystkich niezbędnych wyjaśnień i/lub zaoferują bezpłatną współpracę. Nie wolno Państwu bez uzyskania pisemnej zgody ZEM zawierać umów z odpowiedzialnymi osobami trzecimi lub ich ubezpieczycielem w odniesieniu do kosztów refundowanych przez ZEM;
- d. zawiadomić ZEM w ciągu 30 dni, że ubezpieczony został pozbawiony wolności i/lub o fakcie jego wyjścia na wolność, w związku z postanowieniami prawnymi w sprawie zawieszenia obowiązku płacenia składek w okresie pozbawienia wolności;
- e. przedłożyć oryginalne i szczegółowe rachunki w ZEM przed 31 grudnia trzeciego roku następującego po roku, w którym odbyło się leczenie. Decydująca jest tu data leczenia i/lub data świadczenia opieki, a nie data wystawienia rachunku. W przypadku, gdy rachunek dotyczy produktu opieki zdrowotnej DBC, wszystkie koszty związane z tym produktem przypisuje się do roku, w którym rozpoczęto jego świadczenie. Jeśli rachunki zostaną złożone później, nie będzie Państwu już przysługiwać prawo do refundacji kosztów opieki. Pod uwagę będą brane jedynie oryginalne rachunki lub rachunki wygenerowane komputerowo, które zostały poświadczane przez świadczeniodawcę. Przy deklarowaniu kosztów opieki za granicą lub transportu pacjenta należy użyć przekazanego przez ZEM formularza deklaracyjnego zagranicą/transport pacjenta. W tym celu należy też zapoznać się z informacjami na stronie www.zem.nl/downloads;
- f. w przypadkach, gdy warunki polisy wymagają skierowania/zaświadczenia w celu zwrócenia się o opiekę medyczną, na żądanie ZEM należy przedłożyć stosowne skierowanie/zaświadczenie od świadczeniodawcy;
- g. ubezpieczający/ubezpieczony ma obowiązek pisemnego informowania ZEM o każdej zmianie, która może mieć wpływ na prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia, tak szybko,

jak to możliwe, a najpóźniej w ciągu 30 dni od chwili wystąpienia zmiany. Zmiany te to między innymi:

- ustanie ustawowego obowiązku ubezpieczenia;
- rozwód, koniec trwałego wspólnego zamieszkania lub koniec zarejestrowanego związku partnerskiego;
- zgon;
- narodziny;
- zmiana rachunku bankowego IBAN;
- zmiana danych adresowych;
- zmiana adresu e-mail;
- pozbawienie i przywrócenie wolności.

Jeśli w ciągu 30 dni ZEM nie otrzyma powiadomienia o zmianie, zacznie ona obowiązywać dopiero od daty jej zgłoszenia, a nie z mocą wsteczną od dnia zaistnienia zmiany. Wyjątkiem są następujące sytuacje: wygaśnięcie ustawowego obowiązku ubezpieczenia, narodziny (zob. artykuł 2.1.2), śmierć i pozbawienie wolności (data umieszczenia w placówce penitencjarnej będzie dniem zawieszenia ubezpieczenia zdrowotnego) oraz przywrócenie wolności (ubezpieczenie zdrowotne zacznie ponownie obowiązywać w dniu wyjścia na wolność).

4.2 Co nie jest objęte ubezpieczeniem

4.2.1 Wykluczenia

Nie przysługuje Państwu prawo do otrzymania refundacji kosztów za:

- a. wkłady własne/płatności, jakie mają Państwo należne do zapłaty na podstawie Ustawy ZVW, Ustawy o długotrwałej opiece (WLZ), Ustawy o pomocy społecznej (WMO), Ustawy o dzieciach i młodzieży (Jeugdwet) i/lub badań(-nia) ludności;
- b. badania lekarskie do celów zatrudnienia lub inne badania kontrolne (na przykład w ramach starań o prawo jazdy lub uprawnienia pilota), zaświadczenia i szczepienia, chyba że obowiązujące rozporządzenia ministerialne stanowią inaczej;
- c. szczepienie przeciwko grypie (chyba, że należą Państwo do grupy ryzyka);
- d. medycynę alternatywną;
- e. leki mające zapobiec chorobie związanej z podróżą;
- f. wyprawkę dla noworodka, wateę opatrunkową i sterylną gazę higroskopijną do opieki położniczej;
- g. leczenie, które wymagało uzyskania uprzedniego skierowania, o które ubezpieczony się nie zwrócił lub które nie zostało wydane;
- h. deklaracje przekazane w wyniku niestawienia się na wizycie u świadczeniodawcy;
- i. leczenie chrapania przez zabieg uwuloplastyki;
- j. leczenie mające na celu sterylizację;
- k. zabiegi mające na celu odwrócenie procesu sterylizacji;
- l. procedury medyczne ukierunkowane na obrzezanie (cyrkumcyzję) ubezpieczonych płci męskiej, chyba że jest to konieczne ze względów medycznych;
- m. leczenie z użyciem kasku korekcyjnego w przypadku plagiocefalii i brachycefalii bez kraniosynostozy (nieprawidłowości w budowie czaszki u niemowląt, niepowstałe wskutek choroby czaszki);
- n. koszty, które zostały poniesione poza Holandią z wyjątkiem kosztów określonych w artykule 22 dotyczącym świadczeń za granicą;
- o. badania metod leczenia, które w rozumieniu naukowym lub w pojęciu danej grupy zawodowej nie są powszechnie uznawane lub stosowane w ramach wykonywania zawodu lub specjalizacji, bądź nie są ujęte w ustawowo określonym opisie wykonywanych zawodów;
- p. pobyt w szpitalu, gdy jego przedłużenie nie jest już konieczne w ocenie naszego doradcy medycznego;
- q. badania prenatalne wad wrodzonych, inne niż badanie USG w drugim trymestrze ciąży, jeśli nie wydano wskazań medycznych do ich przeprowadzenia;
- r. dolegliwości powstałe w wyniku szkody spowodowanej przez lub powstałej w wyniku: konfliktu zbrojnego, wojny domowej, powstania, lokalnych rozruchów, zamieszek i buntów, jak określono w artykule 3.38 Ustawy o nadzorze finansowym;
- s. jeśli powstały w wyniku lub mają związek z: konfliktem zbrojnym, czynnym udziałem w wojnie domowej, rozruchami lokalnymi i/lub zagranicznymi, zamieszkami, powstaniem, tumultem i buntami;
- t. opieka jest świadczona przez Państwa samych, Państwa partnera, dziecko, rodzica lub (innego) współzamieszkującego członka rodziny, chyba że wydaliśmy na to wcześniej zgodę.

4.2.2 Podwójne objęcie ubezpieczeniem

Nie przysługuje Państwu prawo do opieki lub refundacji kosztów opieki, jeśli ubezpieczony może dochodzić refundacji za koszty tej opieki na mocy ustawowego ubezpieczenia, ubezpieczenia rządowego,

jakiegokolwiek rodzaju dotacji lub też umowy innej niż niniejsza, gdyby niniejsza umowa ubezpieczeniowa nie była zawarta.

4.2.3 Wykluczenie odpowiedzialności

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

4.3 Prawo do opieki niezbędnej wskutek aktów terrorystycznych

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

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

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

4.4 Przetwarzanie danych osobowych

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

Co jeszcze robimy z Państwa danymi osobowymi? Używamy ich do następujących celów:

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

4.5 Postępowanie w przypadku oszustw

W razie, gdyby Państwo lub inna osoba działająca w Państwa imieniu dopuściła się oszustwa, Państwa prawo do opieki zdrowotnej lub refundacji jej kosztów ulega przepadkowi. Będziemy wówczas dochodzić od Państwa zwrotu wszystkich kosztów zrefundowanych od dnia, w którym dopuszczono się oszustwa. Obciążymy też Państwa kosztami dochodzenia w tej sprawie.

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

W razie stwierdzenia oszustwa wpisujemy też Państwa i/lub ubezpieczonego do Zewnętrznego Rejestru Referencyjnego. Dochodzenie w sprawie popełnienia oszustwa zostanie przeprowadzone zgodnie z „Protokołem dotyczącym ubezpieczycieli i spraw kryminalnych” oraz „Protokołem dotyczącym systemu zgłaszania incydentów w instytucjach finansowych (PIFI). W razie stwierdzenia oszustwa lub powzięcia uzasadnionych przypuszczeń co do jego popełnienia, możemy też złożyć zawiadomienie na policji.

4.6 Skargi i spory

4.6.1 Postępowanie w przypadku skarg

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

ZEM

t.a.v. de Klachtencommissie

Postbus 400

2300 AK LEIDEN

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

4.6.2 Skargi dotyczące naszych formularzy

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

4.7 Postanowienie końcowe

W przypadkach, które nie zostały uregulowane niniejszymi warunkami ubezpieczenia, decyzje podejmuje zarząd ZEM. Sporządzono przez Radę Członków dnia 26 października 2023 r. Warunki wchodzą w życie dnia 1 stycznia 2024 r.

Rubryka B Zakres ubezpieczenia

Artykuł 5. Opieka lekarza pierwszego kontaktu

5.1 Zasady ogólne

Do czego mam prawo?

Refundacji podlegają koszty:

- opieki medycznej lekarza pierwszego kontaktu lub innego lekarza/świadczeniodawcy o takich samych uprawnieniach, który pracuje pod nadzorem lekarza pierwszego kontaktu (np. praktykująca pielęgniarka);
- opieki medycznej w ramach zespołu świadczenia usług (przychodni dyżurnej lekarzy pierwszego kontaktu), w którym działa lekarz pierwszego kontaktu;
- stanowiącego integralną część leczenia badania, w tym badania laboratoryjnego, na które skierowanie wyda lekarz pierwszego kontaktu, i którego koszty nalicza lekarz pierwszego kontaktu, szpital lub laboratorium;
- konsultacji prekoncepcyjnej u lekarza pierwszego kontaktu lub u uprawnionej(-ego) do jej świadczenia, kompetentnej(-ego) położnej(-ego), działającej(-ego) zgodnie z obowiązującymi wytycznymi Holenderskiego towarzystwa lekarzy pierwszego kontaktu (NHG).

Jakie są warunki?

Zakres świadczonej opieki musi obejmować standardowe świadczenia oferowane przez lekarzy pierwszego kontaktu.

Co nie jest refundowane?

Refundacji nie podlegają koszty:

- szczepienia przeciwko grypie;
- kontrolnych badań lekarskich.

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

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

5.2 Opieka medyczna dla specjalnych grup pacjentów

Do czego mam prawo?

Mają Państwo prawo do opieki medycznej dla specjalnych grup pacjentów (GZSP), na którą składają się formy opieki przeznaczone dla wrażliwych osób mieszkających (jeszcze) w domu, które mają (wysoce) złożone problemy zdrowotne, które powodują, że osoby te (w coraz większym stopniu) odczuwają ograniczenia w swojej samodzielności i zdolności do panowania nad swoim życiem. Opieka ta dotyczy zakresu problemów somatycznych, psychicznych i/lub behawioralnych. Chodzi tu między innymi o:

- osoby ze złożonymi schorzeniami, takimi jak problemy psychogeriatryczne;
- osoby cierpiące na przewlekłe, postępujące choroby zwyrodnieniowe, takie jak choroba Parkinsona, choroba Huntingtona i stwardnienie rozsiane;
- osoby z niewrodzonymi urazami mózgu;
- osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

Leczenie jest często ukierunkowane na naukę umiejętności lub zachowań, aby pacjent mógł lepiej radzić sobie ze skutkami choroby, zaburzenia lub niepełnosprawności. W zależności od potrzeb, opieka jest świadczona indywidualnie lub grupowo. Często jest to opieka wielodyscyplinarna pod kierunkiem głównego lekarza prowadzącego GZSP. Lekarz rodzinny może również przy świadczeniu opieki monodyscyplinarnej skorzystać z wiedzy specjalisty w dziedzinie geriatry (lub lekarza dla osób niepełnosprawnych umysłowo), aby doradzić pacjentowi w związku z jego złożonymi sytuacjami domowymi. Opieka ta musi być określona w planie leczenia, a następnie świadczona zgodnie z podstawowymi zasadami GZSP.

Opieka GZSP dla osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną i poważnymi zaburzeniami zachowania jest refundowana tylko wtedy, gdy jest świadczona przez instytucję należącą do BORG i jeśli świadczona wcześniej specjalistyczna opieka w zakresie GGZ lub niepełnosprawności intelektualnej nie przyniosła wystarczających rezultatów.

Co nie jest refundowane?

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

Czy potrzebuję skierowania?

Potrzebne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty.

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

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

6.1 Zasady ogólne

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

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

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

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

6.1.1 Formy leczenia dozwolone warunkowo

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

6.2 Hospitalizacja (pobyt w szpitalu)

Do czego mam prawo?

Refundacji podlegają koszty:

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

Jakie są warunki?

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

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

6.3 Pozakliniczna specjalistyczna opieka medyczna

Do czego mam prawo?

Refundacji podlegają koszty:

- leczenia specjalistycznego przeprowadzonego w lub przez centrum specjalistycznej opieki medycznej;
- leczenia specjalistycznego świadczonego przez pozaszpitalnych lekarzy specjalistów;
- powiązanej z leczeniem opieki medycznej w ciągu dnia, jak również stanowiących część leczenia leków, środków pomocniczych i środków opatrunkowych.

Jakie są warunki?

Opieka musi być zgodna z opieką oferowaną przez lekarzy specjalistów.

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

W zakresie kosztów świadczeń stomatologicznych, w przypadku opieki świadczonej przez chirurga szczękowego, wymagana jest uprzednia pisemna zgoda ZEM, gdy opieka dotyczy świadczeń ujętych w ostatniej wersji Ograniczającego wykazu upoważnień do wykonywania świadczeń w dziedzinie chirurgii szczękowej (Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie). Wykaz ten można znaleźć na stronie internetowej www.zem.nl/polisvoorwaarden.

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

6.4 Leczenie w zakresie chirurgii plastycznej

Do czego mam prawo?

Refundacji podlegają koszty:

niezbędnego leczenia w zakresie chirurgii plastycznej, z uwzględnieniem zapisów w wyżej wymienionych ustępach, w celu korekcji:

- zniekształceń fizycznych powiązanych z udowodnionymi zaburzeniami funkcji organizmu;
- zniekształceń ciała powstałych na skutek choroby, wypadku lub zabiegu medycznego;
- paraliżu lub osłabienia mięśni górnych powiek, jeśli dolegliwość ta skutkuje poważnym ograniczeniem widzenia, lub też występuje wskutek wady wrodzonej lub istniejącej od urodzenia choroby przewlekłej;
- następujących wad wrodzonych: rozszczepu wargi, szczęki i podniebienia, deformacji kości twarzy, guzów niezłośliwych naczyń krwionośnych, limfatycznych lub tkanki łącznej, znamion bądź też zniekształceń organów układu moczowego i płciowego;
- nadrzędnych charakterystycznych cech płciowych przy stwierdzonej transseksualności;
- elektrycznej epilacji dla osób transpłciowych w zakresie opisanym w artykule 17.5 poniżej.

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

W przypadku niektórych zabiegów potrzebne jest uzyskanie uprzedniej pisemnej zgody ZEM. Zabiegi te zostały wymienione na liście produktów opieki zdrowotnej DBC, w przypadku których konieczne jest uzyskanie takiej zgody. Listę tę można znaleźć na stronie www.zem.nl/polisvoorwaarden. Przy udzielaniu zgody mogą zostać postawione dodatkowe warunki medyczne.

Co nie jest refundowane?

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

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

6.5 Podstawowe badania diagnostyczne

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

Do czego mam prawo?

Ubezpieczonemu przysługują podstawowe badania diagnostyczne, gdy są one wykonywane przez:

- gabinet lekarza pierwszego kontaktu;
- ośrodek podstawowych badań diagnostycznych (EDC);
- szpital bądź samodzielny zakład opieki zdrowotnej (ZBC);
- położną/położnego (dokładne warunki określono w artykule 7).

Jakie są warunki?

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

Dodatkowo może je również zlecić:

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

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

6.6 Refundacja pobytu w szpitalu przy terapii komórkowej CAR-T

Jeśli odbywają Państwo leczenie w szpitalu specjalistycznym w ramach terapii komórkowej CAR-T [immunoterapii w leczeniu nowotworów], w 3. i 4. tygodniu leczenia konieczne jest przebywanie w odległości do 60 minut od tego szpitala. Jeśli nie mieszkają Państwo w tym promieniu na stałe, muszą Państwo tymczasowo zamieszkać w innym miejscu, położonym w wymaganej odległości od szpitala. Może to być hotel lub domek letniskowy. Wystarczy, że będzie Państwu towarzyszyć członek rodziny, sprawujący nad Państwem opiekę zastępczą

Do czego mam prawo?

Do refundacji kosztów pobytu poza domem w 3. i 4. tygodniu terapii komórkowej CAR-T. Zwrot kosztów wynosi wówczas 89,00 € za noc.

Co nie jest refundowane?

Koszty zakwaterowania członka rodziny, sprawującego nad Państwem opiekę zastępczą.

Artykuł 7 Opieka położnicza i opieka poporodowa

7.1 Badania prenatalne

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

Do czego mam prawo?

Kobiety objęte ubezpieczeniem mają prawo do badania prenatalnego. W skład tego badania wchodzi następujące elementy:

- konsultacje z położną/położnym, lekarzem położnikiem lub specjalistą, który prowadzi ciążę. Dotyczy to uzyskania informacji umożliwiającej dokonanie świadomego wyboru poddania lub niepoddania się badaniu prenatalnemu.
- rozmowa doradcza przed badaniem echokardiograficznym w 13. tygodniu i w 20. tygodniu ciąży, przy czym oba te badania omawiane są podczas jednej rozmowy;
- nieinwazyjny test prenatalny (NIPT) wyłącznie w przypadkach, gdy istnieją ku temu wskazania medyczne.
- Wszystkie ubezpieczone kobiety w ciąży, u których wykonano test NIPT w Holandii bądź innym kraju, zakończony wynikiem „pozytywnym”, mają wskazanie do dalszych badań, takich jak diagnostyka inwazyjna;
- KTG (kardiotokografia) wykonana przez położną/położnego w przypadku mniejszej żywotności, możliwości ciąży przenoszonej i przy obrocie zewnętrznym dziecka w macicy z poprzecznego położenia miednicowego na położenie podłużne główkowe.

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

Jakie są warunki?

Aby móc wykonać badanie echokardiograficzne mające na celu ustalenie tygodnia ciąży i konkretne diagnostyczne badanie echokardiograficzne, świadczeniodawca musi być wpisany do odpowiedniego rejestru Holenderskiego Stowarzyszenia Zawodowego Ultrasonografistów (Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland, BEN).

Aby móc wykonać KTG, świadczeniodawca musi spełniać następujące wymogi:

- musi zawrzeć z ginekologami, z którymi działa w ramach Współpracy Położniczej jasne, możliwe do zweryfikowania i kontroli uzgodnienia dotyczące współpracy w zakresie wykonywania badania KTG;
- musi spełniać wymogi standardu zawodowego w zakresie przedurodzinowego KTG w podstawowej opiece położniczej;
- musi być wpisany do odpowiedniego rejestru Królewskiej Holenderskiej Organizacji Położników (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, KNOV), aby móc wykonywać badanie KTG.

7.2 Poród i opieka położnicza

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

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

Do czego mam prawo?

Refundacji podlegają koszty:

- specjalistycznej opieki medycznej (położniczej), jak określono w artykule 6, niekoniecznie w połączeniu z leczeniem i opieką pielęgniarską oraz pobytem w szpitalu. Dotyczy to zarówno matki, jak i jej dziecka (począwszy od dnia porodu);
- w przypadku konieczności pobytu w szpitalu po porodzie – do refundacji pobytu zdrowego dziecka ubezpieczonej w celu karmienia piersią i budowania więzi pomiędzy matką a dzieckiem, dopóki ZEM będzie zobowiązane do refundacji kosztów hospitalizacji i leczenia ubezpieczonej.

Jakie są warunki?

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

Czy potrzebuję skierowania?

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

Co jeszcze należy wiedzieć?

Gdy matka opuszcza szpital razem z dzieckiem przed upływem okresu połogu (okresu 6 tygodni, licząc od dnia porodu), wówczas zgodnie z postanowieniami artykułu 7.3 matce przysługuje prawo do opieki poporodowej przez pozostałe dni.

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

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

Do czego mam prawo?

Ubezpieczona ma prawo do (począwszy od dnia porodu):

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

Czy muszę zapłacić udział własny?

W przypadku porodu i/lub połogu w szpitalu lub centrum położniczym niespowodowanego koniecznością natury medycznej, obowiązuje udział własny zarówno dla matki, jak i dziecka. Rozliczamy z Państwem kwotę należnego udziału własnego.

Jaką kwotę udziału własnego muszę zapłacić?

Refundacja za matkę i dziecko wynosi 246,00 € za dzień. Refundacja ta składa się ze stawki maksymalnej pomniejszonej o udział własny obowiązujący w przypadku matki i dziecka:

Maksymalna refundacja wynosi $2 \times 143,00 \text{ €} = 286,00 \text{ €}$ za dzień

Odjęć: udział własny za opiekę poporodową $2 \times 20,00 \text{ €} = 40,00 \text{ €}$ za dzień

Jeśli szpital naliczy Państwu kwotę przekraczającą 286,00 € za dzień, będą Państwo musieli sami zapłacić tę nadwyżkę wraz z udziałem własnym za opiekę poporodową. Liczbę dni pobytu w szpitalu lub centrum położniczym ustala się na podstawie specyfikacji sporządzanych przez te instytucje lub też przez poradnię położniczą, która ewentualnie udziela dodatkowej opieki w położu po wyjściu ubezpieczonej ze szpitala lub centrum położniczego. Jeżeli jednak podczas porodu pojawią się względy natury medycznej, czyli w czasie porodu nastąpi przekazanie rodzącej pod opiekę lekarza ginekologa, udział własny nie będzie miał zastosowania.

Co jeszcze należy wiedzieć?

Gdy matka opuszcza szpital lub centrum położnicze razem z dzieckiem przed upływem okresu położu (6 tygodni licząc od dnia porodu), przysługuje jej wówczas prawo do opieki poporodowej przez pozostałe dni.

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

Poród i/lub opieka poporodowa w domu

Do czego mam prawo?

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

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

7.3 Opieka poporodowa

Do czego mam prawo?

Ubezpieczona i jej dziecko mają prawo do opieki poporodowej, oferowanej przez dyplomowanego specjalistę ds. opieki poporodowej lub personel pielęgniarski ze specjalizacją położniczo-ginekologiczną. Opieka w położu polega na zarejestrowaniu i przyjęciu przez centrum położnicze, opiece przy porodzie domowym oraz opiece w położu zgodnie z Krajowym protokołem ds. opieki poporodowej. Jeśli Państwa świadczeniodawca świadczący opiekę poporodową oferuje taką możliwość, mogą Państwo otrzymać informacje wstępne i instrukcje drogą cyfrową.

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

Jakie są warunki?

- Należy przed upływem 20. tygodnia ciąży zgłosić chęć uzyskania opieki w położu w centrum położniczym. Ofertę naszych zakontraktowanych centrów położniczych można znaleźć na stronie **www.zorgzekerheid.nl/zorgzoeker**;
- w przypadku pobytu w szpitalu: jeśli matka i dziecko razem opuszczają szpital przed upływem okresu położu (6 tygodni licząc od dnia porodu), wówczas matce przysługuje prawo do opieki w położu przez pozostałe dni zgodnie z Krajowym protokołem ds. opieki poporodowej. Dnia wyjścia ze szpitala nie wlicza się do dni pobytu;
- opieka w położu będzie świadczona przez centrum położnicze spełniające wymogi członkostwa w branżowej organizacji podmiotów świadczących opiekę okołoporodową (Brancheorganisatie (Bo) Geboortezorg);
- opieki w położu musi udzielać wykwalifikowany personel położniczy pracujący dla danego centrum położniczego;
- personel położniczy musi być zarejestrowany w Centrum Wiedzy Opieki Poporodowej (Kenniscentrum Kraamzorg, KCKZ).

Aby móc świadczyć usługi polegające na przekazywaniu drogą cyfrową informacji i instrukcji, podmiot świadczący opiekę musi spełniać następujące wymogi:

- przekazywanie informacji i instrukcji drogą cyfrową może być oferowane wyłącznie ubezpieczonym, którzy otrzymują też opiekę poporodową w domu od tego samego podmiotu świadczącego opiekę;

- tylko personel położniczy spełniający warunki opisane w tym artykule może świadczyć opiekę poprzez wideorozmowę;
- ustawowy wkład własny nie ma zastosowania do informacji i instrukcji przekazywanych drogą cyfrową;
- informacje i instrukcje udzielane drogą cyfrową muszą mieć taką samą jakość, jak informacje i instrukcje udzielane podczas wizyty fizycznej;
- ubezpieczona musi wyrazić uprzednią zgodę na otrzymywanie informacji i instrukcji drogą cyfrową;
- informacje i instrukcje muszą być zalecone zgodnie z aktualnym Krajowym protokołem dotyczącym wskazań (Landelijk Indicatieprotocol, LIP);
- treść informacji i instrukcji przekazywanych drogą cyfrową musi być zgodna z wytycznymi Centrum Wiedzy Opieki Poporodowej (Kenniscentrum Kraamzorg, KCKZ);
- podmiot świadczący opiekę musi zapewnić, aby środowisko cyfrowe, w którym udzielane są informacje i instrukcje, posiadało mechanizm kontrolny sprawdzający, czy matka nowo narodzonego dziecka na pewno zrozumiała przekazane jej informacje;
- należy ponownie sprawdzić na miejscu, w domu ubezpieczonej, czy dobrze zrozumiała informacje i instrukcje przekazane jej drogą cyfrową;
- przekazywanie informacji i instrukcji drogą cyfrową może – pod warunkiem spełnienia warunku określonego w kolejnym punkcie – zastąpić nie więcej niż 6 godzin fizycznej opieki poporodowej i nie może prowadzić do zwiększenia liczby godzin zalecanych w LIP;
 - o obowiązuje przy tym wymóg, że udzielane drogą cyfrową informacje i instrukcje (niebędące wideorozmowami) mogą zastąpić maksymalnie jedną godzinę fizycznej opieki poporodowej.
- Ubezpieczona ma w każdym przypadku prawo do co najmniej 24 godzin opieki poporodowej świadczonej w formie fizycznej;
- należy dążyć do ograniczenia do minimum udzielania informacji i instrukcji drogą cyfrową na godzinę za pośrednictwem wideorozmów i korzystać z tej formy świadczenia opieki tylko wtedy, gdy będzie to odpowiednie dla danej osoby.

Czy muszę zapłacić udział własny?

W przypadku kosztów opieki w położu obowiązuje udział własny w wysokości 5,10 € za godzinę. Rozliczamy z Państwem kwotę należnego udziału własnego.

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

Artykuł 8. Rehabilitacja

8.1 Rehabilitacja

Do czego mam prawo?

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

Jakie są warunki?

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

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

Abyśmy mogli ocenić, czy przysługuje Państwu prawo do refundacji kosztów takiej opieki, muszą Państwo wcześniej złożyć u nas wniosek o zgodę na piśmie, zanim udadzą się Państwo na rehabilitację do niezakontraktowanej instytucji.

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

8.2 Rehabilitacja geriatryczna

Do czego mam prawo?

Ubezpieczonemu przysługuje prawo do rehabilitacji geriatrycznej, rozpoczętej:

- podczas pobytu w szpitalu, po którym ewentualnie ma miejsce opieka częściowa lub opieka szpitalna jednodniowa w warunkach domowych (ambulatoryjna rehabilitacja geriatryczna). Opieka ta musi być świadczona tuż po pobycie w szpitalu (lub maksymalnie w ciągu tygodnia po wypisaniu ze szpitala w przypadku stwierdzonego wskazania do objęcia opieką rehabilitacyjną) i początkowo w połączeniu z pobytem w placówce świadczącej specjalistyczną opiekę medyczną, takiej jak na przykład szpital lub Samodzielne Centrum (Lecznictwa Zelfstandig Behandelcentrum, ZBC);
lub
- w domu, w przypadku poważnych zaburzeń w poruszaniu się lub zmniejszonej samodzielności, co stwierdza się po przeprowadzeniu oceny geriatrycznej.

Jakie są warunki?

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

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

W przypadku leczenia ze wskazania, które (według oczekiwań) będzie trwać dłużej niż 120 dni, przed kontynuacją tego leczenia od 121. dnia należy uprzednio (a najpóźniej na 4 tygodnie przed upływem wspomnianych 120 dni) uzyskać na to pisemną zgodę ZEM. Uprzednia pisemna zgoda ZEM jest też wymagana w przypadku zmiany wskazania do rehabilitacji geriatrycznej, która spowoduje wcześniejsze zakończenie bieżącego i rozpoczęcie nowego leczenia z zakresu tej rehabilitacji.

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

Artykuł 9. Transplantacje organów

Do czego mam prawo?

Refundacji podlegają koszty:

- transplantacji tkanek i organów pod warunkiem, że jest ona przeprowadzana w kraju UE bądź EOG lub w innym kraju, gdy dawca mieszka w tym kraju i jest współmałżonkiem, partnerem w zarejestrowanym związku partnerskim lub krewnym ubezpieczonego w pierwszej, drugiej lub trzeciej linii;
- specjalistycznej opieki medycznej w związku z doбором dawcy oraz w związku z operacyjnym pobraniem materiału do przeszczepu u wybranego dawcy;
- badania, przechowania, pobrania oraz transportu materiału do przeszczepu od osoby zmarłej w związku z zamierzoną transplantacją;
- opieki medycznej zgodnie z niniejszą polisą dla dawcy przez okres do trzynastu tygodni lub pół roku w przypadku przeszczepu wątroby od dnia wyjścia ze szpitala, w którym przyjęto dawcę w celu doboru lub pobrania materiału do przeszczepu. Opieka ta musi wiązać się z transplantacją organu objętą niniejszym ubezpieczeniem;
- transportu na terenie Holandii w najniższej klasie środków transportu publicznego lub, jeśli będzie to konieczne ze względu na wskazania natury medycznej, transportu samochodem w celu doboru, przyjęcia i

- wypisania ze szpitala oraz w związku z opieką, o której mowa w punkcie powyżej. Jeśli dawca posiada ubezpieczenie zdrowotne, koszty tego transportu zostaną pokryte z jego ubezpieczenia;
- transportu z i do Holandii dawcy mieszkającego za granicą w związku z przeszczepem nerki, szpiku kostnego lub wątroby w przypadku ubezpieczonego w Holandii, jak również do refundacji pozostałych kosztów związanych z przeszczepem, o ile wiążą się one z faktem zamieszkiwania dawcy za granicą. Jeśli dawca ma ubezpieczenie zdrowotne, koszty tego transportu zostaną pokryte z jego ubezpieczenia.

Jakie koszty nie są refundowane?

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

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

Artykuł 10. Dializa

Do czego mam prawo?

W przypadku dializy pozaklinicznej w formie hemodializy lub dializy otrzewnowej, jak również związanej z tym specjalistycznej opieki medycznej w centrum dializ refundowane są koszty:

- badań związanych z dializą, leczenia, opieki pielęgniarskiej i farmaceutycznej;
- opieki psychologiczno-socjalnej w centrum dializ i opieki osób, które pomagają przy przeprowadzaniu dializy poza centrum dializ.

W przypadku dializy domowej, oprócz wyżej wymienionych świadczeń ubezpieczony ma prawo do:

- zmian, które z uzasadnionych przyczyn mają być przeprowadzone w mieszkaniu oraz przywrócenia do poprzedniego stanu, o ile inne przepisy prawne nie stanowią inaczej;
- refundacji pozostałych uzasadnionych wydatków, bezpośrednio związanych z dializą domową, o ile inne przepisy prawne nie stanowią inaczej.

W przypadku dializy domowej, oprócz wyżej wymienionych świadczeń ubezpieczony ma również prawo do (opłacanych w ramach specjalistycznej opieki medycznej łączonego systemu diagnostyczno-leczniczego DBC):

- przeprowadzanych przez centrum dializ szkoleń osób, które przeprowadzają dializę lub przy niej asystują;
- zwrotu kosztów otrzymania do użytkowania aparatu do dializy oraz obowiązkowej regularnej kontroli i konserwacji aparatu (w tym wymiany), jak również środków chemicznych i płynów niezbędnych do przeprowadzenia dializy;
- niezbędnego fachowego wsparcia centrum dializ przy przeprowadzaniu dializy;
- pozostałych artykułów, które z uzasadnionych przyczyn są niezbędne przy dializie domowej.

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

Aby otrzymać refundację pozamedycznych kosztów dializy domowej potrzebna jest uprzednia pisemna zgoda ZEM, w której dokładnie określone zostaną warunki (administracyjne).

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

Artykuł 11. Mechaniczne podtrzymywanie oddychania

Do czego mam prawo?

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

W przypadku mechanicznego podtrzymywania oddychania w domu ubezpieczony ma prawo do:

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

Jakie są warunki?

Podtrzymywanie oddychania w domu ubezpieczonego winno się odbywać na odpowiedzialność centrum podtrzymywania oddychania.

Co nie jest refundowane?

Opieka pielęgniarska niezbędna w związku ze sztucznym podtrzymywaniem oddechu w domu w myśl tego artykułu.

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

Artykuł 12. Choroby nowotworowe u dzieci

Do czego mam prawo?

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

Czy potrzebuję skierowania?

Potrzebne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty.

Artykuł 13. Opieka medyczna dla pacjentów cierpiących na zakrzepicę

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do refundacji następujących świadczeń ośrodka opieki nad cierpiącymi na zakrzepicę (tzw. trombosediens):

- regularnego pobierania próbek krwi;
- niezbędnych badań laboratoryjnych przeprowadzanych na odpowiedzialność ośrodka ds. opieki nad pacjentami cierpiącymi na zakrzepicę niezbędnych w celu określenia czasu krzepnięcia krwi;
- udostępnienia aparatury oraz wszystkich niezbędnych innych przedmiotów, za pomocą których dokonuje się pomiaru czasu krzepnięcia krwi;
- przeszkolenia w zakresie posługiwania się urządzeniem, o którym mowa w powyższym odnośniku oraz nauki przeprowadzania pomiarów;
- porad w zakresie stosowania leków regulujących krzepliwość krwi.

Czy potrzebuję skierowania?

Konieczne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty.

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

Artykuł 14. Poradnictwo genetyczne

Do czego mam prawo?

Refundacji podlegają koszty:

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

Jakie są warunki?

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

Czy potrzebuję skierowania?

Konieczne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty.

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

Artykuł 15. Opieka audiologiczna

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do opieki świadczonej przez centrum audiologiczne, na którą składają się:

- badanie funkcji słuchowych;
- doradztwo w zakresie zakupu aparatu słuchowego;
- informacja odnośnie korzystania z tego aparatu;
- opieka psychologiczno-społeczna, gdy jest konieczna w związku z zaburzeniami funkcji słyszenia;
- pomoc przy stawianiu diagnozy przy zaburzeniach mowy i zaburzeniach przyswajania języka u dzieci.

Czy potrzebuję skierowania?

Konieczne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu, lekarza medycyny pracy, lekarza pediatrii lub laryngologa.

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

Artykuł 16. Opieka związana ze stymulacją zapłodnienia

16.1 Leczenie metodą in vitro

Do czego mam prawo?

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

Jakie są warunki?

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

Czy potrzebuję skierowania?

Niezbędne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu.

Co nie jest refundowane?

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

Co jeszcze należy wiedzieć?

- Jeśli podczas próby zapłodnienia in vitro powstanie więcej przydatnych zarodków, wówczas mogą one zostać zamrożone i ponownie wprowadzone w późniejszym okresie. Takie ponowne wprowadzenie stanowi część próby zapłodnienia in vitro, w wyniku której powstały;
- pod pojęciem ciąży w wyniku zapłodnienia in vitro rozumie się:
 - nieprzerwaną ciążę trwającą przynajmniej dwanaście tygodni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki przy ciąży spontanicznej (fizjologicznej);
 - nieprzerwaną ciążę trwającą przynajmniej 10 tygodni od momentu punkcji jajnika przy zapłodnieniu in vitro (w przypadku zamrożonych zarodków, jako moment początkowy nie obowiązuje punkcja, lecz czas implantacji, a o nieprzerwanie trwającej ciąży można mówić, gdy trwa ona co najmniej dziewięć tygodni i trzy dni).

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

16.2 Inna opieka związana ze stymulacją zapłodnienia

Do czego mam prawo?

Przysługuje Państwu również prawo do opieki związanej ze stymulacją zapłodnienia niebędącej próbami zapłodnienia in vitro.

Jakie są warunki?

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

Czy potrzebuję skierowania?

Niezbędne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu.

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

Artykuł 17 Opieka paramedyczna

17.1 Fizjoterapia i terapia ćwiczeniowa

Do czego mam prawo?

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

W przypadku ubezpieczonych poniżej 18. roku życia

Ubezpieczonemu przysługuje refundacja wyłącznie za:

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

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

W przypadku ubezpieczonych powyżej 18. roku życia

Ubezpieczonemu przysługuje refundacja wyłącznie za opiekę przy następujących schorzeniach/w następujących przypadkach:

- jeśli jego dolegliwość znajduje się na liście schorzeń przewlekłych: leczenie schorzenia wpisanego na listę ujętą w Załączniku 1. Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. listę schorzeń przewlekłych), od 21. zabiegu. Należy pamiętać, że długość leczenia niektórych schorzeń przewlekłych jest ograniczona, zgodnie z okresami podanymi na tej liście;
- fizjoterapię układu moczowo-płciowego w przypadku nietrzymania moczu:

- pierwsze 9 zabiegów fizjoterapii układu moczowo-płciowego w przypadku nietrzymania moczu, w ramach strategii „stepped care”;
- działania wspierające ruch w celu zapobiegania upadkom:
indywidualne, profilaktyczne działania wspierające ruch w ramach programu OTAGO dla ubezpieczonych, którym grozi poważne ryzyko upadku, jeśli test ryzyka upadku wykaże, że istnieje wysokie ryzyko upadku, a ocena tego ryzyka wykaże, że z powodu leżących u podstaw lub dodatkowych problemów somatycznych bądź psychologicznych istnieje wskazanie do zapewnienia ubezpieczonemu profilaktycznych działań wspierających ruch na poziomie opieki świadczonej przez fizjoterapeutę i pod nadzorem fizjoterapeuty lub terapeuty ćwiczeniowego. Raz na 12 miesięcy ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie jeden program działań wspierających ruch w celu zapobiegania upadkom.
 - leczenie chromania przestankowego:
maksymalnie do 37 sesji kontrolowanej terapii ćwiczeniowej przez okres do 12 miesięcy w przypadku chorób tętnic obwodowych w stopniu II niedokrwienia wg klasyfikacji Fontaine'a (chromanie przestankowe/claudicatio intermittens);
 - leczenie artrozy:
refundację za maksymalnie 12 zabiegów kontrolowanej terapii ćwiczeniowej w przypadku artrozy stawu biodrowego lub kolanowego przez okres do 12 następujących po sobie miesięcy;
 - leczenie POChP (przewlekłej obturacyjnej choroby płuc):
refundację za zabiegi kontrolowanej terapii ćwiczeniowej w zakresie leczenia POChP, jeśli u ubezpieczonego występuje stadium II (umiarkowana POChP) lub wyższe według Spirometrycznej Klasyfikacji ciężkości POChP wg inicjatywy GOLD. Obowiązuje przy tym następująca liczba zabiegów:

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

Załącznik 1. Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego

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

Procedury i materiały

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

Koszty za wykorzystane podczas leczenia materiały, takie jak (pomocnicze) środki opatrunkowe, stanowią element zwykłego leczenia i fizjoterapeuta lub terapeuta ćwiczeniowy nie może ich naliczyć ubezpieczonemu osobno. Fizjoterapeuta (przeprowadzający rehabilitację ręki) nie może osobno naliczyć ubezpieczonemu kosztów za wykonanie i dopasowanie szyny na rękę/nadgarstek. Refundacja tych kosztów przebiega za pośrednictwem konkretnych zabiegów, w które włączone są już koszty czynności związanych z szynami.

Jakie są warunki?

a. Opieka może być świadczona przez następujących świadczeniodawców:

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

- fizjoterapeuta (ze specjalizacją) musi być wpisany w związku ze swoją odmianą specjalizacji do Holenderskiego Rejestru Jakościowego Fizjoterapii lub do Indywidualnego Rejestru Fundacji Certyfikowanych Fizjoterapeutów (Stichting Keurmerk Fysiotherapie), a jego rejestracja musi być wpisana do rejestru kodów AGB prowadzonego przez Vektis;
- terapeuta ćwiczeniowy (ze specjalizacją) musi być wpisany w związku ze swoją odmianą specjalizacji do Rejestru Jakościowego Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici, KP) (ze statusem: zarejestrowany w rejestrze jakościowym), a jego rejestracja musi być wpisana do rejestru kodów AGB prowadzonego przez Vektis;
- jeśli ubezpieczonemu przysługuje kontrolowana terapia ćwiczeniowa (trening marszowy) w związku z chorobą tętnic obwodowych w stopniu II niedokrwienia (chromaniem przestankowym), prowadzący je fizjoterapeuta lub terapeuta chromania przestankowego musi być stowarzyszony w stowarzyszeniu Chronisch ZorgNet, o czym ZEM ma być poinformowane za pomocą wpisu do rejestru kodów AGB prowadzonego przez Vektis;
- jeśli ubezpieczony jest leczony w związku z chorobą Parkinsona i parkinsonizmami, prowadzący je fizjoterapeuta lub terapeuta ćwiczeniowy musi być stowarzyszony w stowarzyszeniu ParkinsonNet, o czym należy poinformować ZEM za pomocą wpisu do rejestru kodów AGB prowadzonego przez Vektis;
- jeśli dla ubezpieczonego wykonywana jest szyna, która jest do niego następnie dopasowywana, wykonujący te czynności fizjoterapeuta musi posiadać Holenderski certyfikat fizjoterapeutów specjalizujących się w rehabilitacji ręki (Nederlands Certificaat Handtherapeut, CHT-NL) wydawany przez Holenderskie Stowarzyszenie Rehabilitacji Ręki (Nederlandse Vereniging voor Handtherapie, NVHT) i musi figurować jako posiadający takie uprawnienia na stronie internetowej NVHT.

b. W przypadku niektórych zabiegów obowiązują następujące warunki:

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

c. Leczenie grupowe:

jeśli ubezpieczony odbywa zabiegi przeprowadzane w grupie, nie przysługuje mu prawo do refundacji kosztów za zabiegi indywidualne na te same dolegliwości, odbywane u tego samego, jak i innego fizjoterapeuty lub terapeuty ćwiczeniowego. Refundacja świadczeń ma jednak miejsce w przypadku, gdy indywidualne sesje pełnią funkcję oceny początkowej, oceny w trakcie leczenia i/lub oceny końcowej.

- d. Kryteria do wskazań związanych ze specjalistyczną fizjoterapią: w przypadku terapii manualnej, fizjoterapii dziecięcej, terapii obrzękowej, fizjoterapii układu moczowo-płciowego, fizjoterapii psychosomatycznej lub fizjoterapii geriatrycznej musi występować dolegliwość ujęta w opisie zakresu/wytycznej/liście kryteriów odnośnego stowarzyszenia zawodowego (odpowiednio Holenderskiego Stowarzyszenia Terapii Manualnej (NVMT), Holenderskiego Stowarzyszenia Fizjoterapii Dziecięcej (NVFK), Holenderskiego Stowarzyszenia Fizjoterapii w Limfologii (NVFL), Holenderskiego Stowarzyszenia Fizjoterapii Układu Moczowo-Płciowego (NVFB), Holenderskiego Stowarzyszenia Fizjoterapeutów zajmujących się Psychosomatyką (NFP) i Holenderskiego Stowarzyszenia Fizjoterapii w dziedzinie Geriatrii (NVFG)) i jednocześnie muszą być spełnione stawiane tam kryteria do wskazań. Jeśli dolegliwość lub dane wskazanie nie spełnia tych wymogów, zostaną zrefundowane koszty jak za zwykłą fizjoterapię, o ile spełnione zostaną wymagania, które są z nią związane.

Czy potrzebuję skierowania?

Czy Państwa schorzenie jest wpisane na listę ujętą w Załączniku 1. Uchwały w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. listę schorzeń przewlekłych), lub też będą Państwo leczeni w związku z artrozą stawu biodrowego lub kolanowego, fizjoterapią układu moczowo-płciowego w przypadku nietrzymania moczu, chromaniem przestankowym w stopniu II niedokrwienia wg klasyfikacji Fontaine'a lub POChP klasy II lub wyższej w klasyfikacji GOLD? Jeśli tak, potrzebne jest uzyskanie pisemnego skierowania na tę terapię od lekarza prowadzącego, specjalisty pielęgniarstwa lub asystenta lekarza. Wystarczy też zaświadczenie z diagnozy zawierające następujące dane: Państwa nazwisko, nazwisko lekarza stawiającego diagnozę i dokładny opis diagnozy. W związku z leczeniem innych dolegliwości niż wymienione powyżej, można się udać do fizjoterapeuty lub terapeuty ćwiczeniowego bez skierowania. Jest to „bezpośredni dostęp do świadczenia”.

Aby móc skorzystać z programu działań wspierających ruch w celu zapobiegania upadkom, potrzebne jest pisemne skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty medycyny geriatrycznej.

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

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

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

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

17.2 Ergoterapia

Do czego mam prawo?

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

Jakie są warunki?

- Leczenie musi przeprowadzić ergoterapeuta;
- ergoterapeuta lub ergoterapeuta ze specjalizacją, taki jak ergoterapeuta ręki lub ergoterapeuta dziecięcy, musi być zarejestrowany w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici) (ze statusem: zarejestrowany w rejestrze jakościowym);
- ergoterapia ma na celu stymulowanie bądź przywrócenie ubezpieczonemu zdolności do samodzielnego funkcjonowania;
- wszelkie zabiegi/sesje z zakresu podstawowej opieki ergoterapeutycznej wliczają się do podanej maksymalnej liczby refundowanych godzin. Dotyczy to także zabiegów/sesji telefonicznych (lub za pośrednictwem wideorozmów) oraz zabiegów/sesji (poliklinicznych), jakie miały miejsce w szpitalu lub placówce;
- leczenie w zakresie choroby Parkinsona i parkinsonizmów jest refundowane tylko wtedy, gdy ergoterapeuta jest stowarzyszony w ParkinsonNet;
- jeśli dla ubezpieczonego wykonywana jest szyna, która jest do niego następnie dopasowywana, wykonujący te czynności ergoterapeuta musi posiadać Holenderski certyfikat fizjoterapeutów specjalizujących się w

rehabilitacji ręki (Nederlands Certificaat Handtherapeut, CHT-NL) wydawany za pośrednictwem Holenderskiego Stowarzyszenia Rehabilitacji Ręki (Nederlandse Vereniging voor Handtherapie, NVHT) i musi figurować jako posiadający takie uprawnienia w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici) (ze statusem: zarejestrowany w rejestrze jakościowym).

Ergoterapeuta (przeprowadzający rehabilitację ręki) nie może osobno naliczyć ubezpieconemu kosztów za wykonanie i dopasowanie szyny na rękę/nadgarstek. Refundacja tych kosztów przebiega za pośrednictwem konkretnych zabiegów, w które włączone są już koszty czynności związanych z szynami. Co się stanie w przypadku skorzystania z usług świadczeniodawcy, z którym nie mamy zawartej umowy? Więcej informacji można znaleźć w artykule 1.5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Czy potrzebuję skierowania?

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

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

17.3 Logopedia

Do czego mam prawo?

Ubezpieconemu przysługuje prawo do opieki logopedycznej świadczonej przez logopedę.

Jakie są warunki?

- Leczenie musi przeprowadzić logopeda;
- leczenie powinno służyć celom medycznym;
- w wyniku leczenia można oczekiwać przywrócenia bądź poprawy funkcji lub zdolności mowy;
- logopeda musi być zarejestrowany w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici) (status: zarejestrowany w rejestrze jakościowym);
- w przypadku leczenia afazji, logopedii przedwerbalnej lub jåkania terapię musi przeprowadzać logopeda wpisany jako posiadający te specjalizacje do rejestru jakościowego Holenderskiego Stowarzyszenia Logopedów i Foniatorów (Nederlandse Vereniging Logopedie en Foniatrie, NVFL);
- leczenie w zakresie choroby Parkinsona i parkinsonizmów jest refundowane tylko wtedy, gdy logopeda jest stowarzyszony w ParkinsonNet.

Czy potrzebuję skierowania?

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

Co nie jest refundowane?

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

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

Na leczenie logopedyczne wymagana jest uprzednia pisemna zgoda ZEM.

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

17.4 Dietetyka

Do czego mam prawo?

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

Jakie są warunki?

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

Czy potrzebuję skierowania?

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

Co nie jest refundowane?

Świadczenia dietetyczne w przypadku cukrzycy, astmy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc lub zarządzania ryzykiem w chorobach układu sercowo-naczyniowego (CVRM, Cardiovasculair Risico Management) mogą wchodzić w skład wielodyscyplinarnej, koordynowanej opieki kompleksowej wykupionej u grupy świadczącej opiekę lub zespołu współpracy. Jeżeli pacjent otrzymuje świadczenia dietetyczne w związku z którąś z tych dolegliwości za pośrednictwem wielodyscyplinarnej, koordynowanej opieki kompleksowej, są one wówczas objęte refundacją świadczeń opieki kompleksowej opisaną w artykule 24. Nie przysługuje Państwu wówczas prawo do refundacji wspomnianych wyżej 3 sesji leczenia dietetycznego dla tej samej dolegliwości lub też problemów z nią powiązanych.

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

17.5 Epilacja elektryczna lub zabiegi laserowe dla osób transpłciowych

Do czego mam prawo?

Osobie ubezpieczonej przysługuje prawo do epilacji elektrycznej i/lub laserowej brody (na twarzy i na szyi).

Co nie jest refundowane?

Nie przysługuje prawo do refundacji epilacji tułowia i kończyn.

Jakie są warunki?

- Epilację musi wykonać uprawniony do tego terapeuta chorób skóry;
- zabieg musi stanowić część wielodyscyplinarnego leczenia;
- terapeuta chorób skóry musi być zarejestrowany w Rejestrze Jakościowym Paramedyków (Kwaliteitsregister Paramedici) (status: zarejestrowany w rejestrze jakościowym).

Czy potrzebuję skierowania?

Aby uzyskać refundację tego świadczenia, należy uzyskać skierowanie od prowadzącego leczenie lekarza specjalisty.

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

Aby uzyskać refundację łącznie ponad 10 sesji elektrycznej epilacji i/lub zabiegów laserowych dla osoby transpłciowej, wykonujący zabieg epilacji musi uzyskać na to przednią zgodę ZEM.

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

Artykuł 18. Opieka stomatologiczna

18.1 Ogólne zasady

Do czego mam prawo?

Refundacji podlegają koszty:

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

Co nie jest refundowane?

- Opieka stomatologiczna nie obejmuje zabiegów, które w sposób nieuzasadniony są kosztowne, skomplikowane lub nieskuteczne z punktu widzenia stomatologii;
- świadczenia związane z usługami protetycznymi wykonywane i deklarowane do zwrotu przez technika dentystrycznego nie podlegają refundacji;
- wymiana lub naprawa protezy zębowej na implantach lub nie, która jest niezbędna z powodu niedbałego użytkowania.

Opieka stomatologiczna poza gabinetem, w którym ubezpieczony jest regularnie przyjmowany

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

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

18.2 Opieka stomatologiczna do 18. roku życia

Do czego mam prawo?

Refundacja obejmuje:

- okresową kontrolę (okresowe profilaktyczne badanie stomatologiczne) raz do roku, chyba że ze względów medycznych ubezpieczony wymaga częstszych kontroli;
- sporadyczne konsultacje stomatologiczne;
- usuwanie kamienia nazębnego;
- zabieg fluoryzacji maksymalnie dwa razy w roku, od momentu pojawienia się pierwszych zębów stałych (zębów i trzonowców człowieka dorosłego), chyba że ubezpieczony wymaga częstszej fluoryzacji;
- lakowanie zębów (uszczelnianie);
- leczenie paradontozy (tkanek mocujących zęby i trzonowce w szczęce);
- anestezję (znieczulenie);
- leczenie kanałowe (opiekę endodontyczną), z wyjątkiem wybielania zewnętrznego;
- wypełnienia (naprawę elementów uzębienia za pomocą materiałów plastycznych);
- leczenie dolegliwości stawu skroniowo-żuchwowego (pomoc dentysty-gnatologa);
- chirurgiczne leczenie stomatologiczne przez lekarza stomatologa lub chirurga szczękowego, z wyjątkiem zakładania implantów stomatologicznych;
- prześwietlenia, z wyjątkiem prześwietleń do celów ortodontacji;
- wyjmowane protezy szczęki (protezę szkieletową, protezę częściową (płytkę) lub protezę pełną).

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

Czy muszę zapłacić udział własny?

Nie, w przypadku ubezpieczonych poniżej 18. roku życia nie jest należny udział własny.

Co nie jest refundowane?

- Koszty koron i mostków;
- leczenie ortodontyczne, z wyjątkiem przypadków określonych w artykule 18.4;
- terapia za pomocą urządzeń do leczenia zaburzeń miofunkcyjnych;
- kosmetyczne zabiegi stomatologiczne (kody K).

Co podlega refundacji świadczeń z tytułu opieki stomatologicznej poza zwykłymi godzinami przyjęć?

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

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

Ubezpieczony musi uzyskać uprzednią pisemną zgodę ZEM, aby:

- wykonać lakowanie zębów (uszczelnianie) w przypadku zębów mlecznych;
- móc powoływać się na prawo do refundacji kosztów opieki w myśl artykułu 18.2 lit. k w przypadku ekstrakcji zęba pod narkozą lub osteotomii;
- skorzystać ze świadczeń ujętych w ostatniej wersji Ograniczającego wykazu upoważnień do wykonywania świadczeń w dziedzinie chirurgii szczękowej (Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie). Wykaz ten można znaleźć na stronie internetowej www.zem.nl/polisvoorwaarden;
- wykonać i opisać pantomogram;
- wykonać i opisać wielowymiarowe zdjęcie szczęki;
- móc wymienić pełną protezę (z wyjątkiem protezy natychmiastowej) w ciągu 5 lat od zakupu.

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

Wydana zgoda może zostać cofnięta w przypadku, gdy:

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

18.3 Opieka stomatologiczna powyżej 18. roku życia

Do czego mam prawo?

Refundacji podlegają koszty:

- a. chirurgicznego leczenia stomatologicznego przez chirurga szczękowego i wykonania w związku z tym badania rentgenowskiego. Leczenie takie nie obejmuje: zabiegów chirurgii przyzębia (leczenia dziąseł), zakładania implantów zębowych i wykonania nieskomplikowanych ekstrakcji (wyrwania zębów trzonowych w sytuacji, gdyby mógł to wykonać również lekarz stomatolog);
- b. wyjmowanych pełnych protez zębowych (sztucznych szczęk) do szczęki górnej i/lub dolnej, osadzonych bądź też nie na implantach stomatologicznych (wraz z założeniem mezostruktury, zatrząsków lub belki zatrząskowej).

Czy muszę zapłacić udział własny?

W przypadku opieki protetycznej obowiązują następujące udziały własne:

- 25% kosztów pełnej protezy zębowej nieosadzonej na implantach;
- 10% naprawy lub rebazacji protezy zębowej (osadzonej na implantach);
- 10% stawki, do jakiej ubezpieczony jest uprawniony za osadzoną na implantach protezę zębową szczęki dolnej;
- 8% stawki, do jakiej ubezpieczony jest uprawniony za osadzoną na implantach protezę zębową szczęki górnej.

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

Ubezpieczony musi uzyskać uprzednią pisemną zgodę ZEM, aby:

- móc powoływać się na prawo do refundacji za świadczenia w myśl artykułu 18.3 lit. a w przypadku ekstrakcji zęba pod narkozą lub osteotomii;
- skorzystać ze świadczeń ujętych w ostatniej wersji Ograniczającego wykazu upoważnień do wykonywania świadczeń w dziedzinie chirurgii szczękowej (Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie). Wykaz ten można znaleźć na stronie internetowej www.zem.nl/polisvoorwaarden;
- móc powoływać się na prawo do zwrotu za świadczenia w myśl artykułu 18.3 lit. b, w przypadku wymiany pełnej protezy (osadzonej bądź też nieosadzonej na implantach) z wyjątkiem protezy natychmiastowej w

- ciągu pięciu lat od zakupu. Pięcioletni okres użytkowania ma charakter orientacyjny i nie przesądza o prawie ubezpieczonego do standardowej wymiany protezy po pięciu latach;
- zlecić wykonanie i opisanie wielowymiarowych zdjęć szczęki;
 - zlecić wykonanie i opisanie pantomogramów;
 - uzyskać wszelką opiekę związaną z mezostrukturą (zatrzaskami lub belkami zatrzaskowymi) i/lub protezą osadzaną na implantach, przy czym świadczeniodawca musi działać zgodnie z wytycznymi Holenderskiego Stowarzyszenia Implantologów Stomatologicznych (Nederlandse Vereniging van Orale Implantologen, NVOI);
 - zlecić wykonanie implantów niezakontraktowanemu świadczeniodawcy;
 - jeśli wymiana pełnej protezy osadzonej na implantach, która była używana przez ponad pięć lat, ma być zlecona niezakontraktowanemu stomatologowi lub stomatologowi-protetykowi, musi on wówczas zawnieść o taką wymianę.

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

Wydana zgoda może zostać cofnięta w przypadku, gdy:

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

18.4 Opieka stomatologiczna w szczególnych przypadkach

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

18.4.1 Specjalistyczna opieka stomatologiczna w szczególnych przypadkach

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do refundacji specjalistycznej opieki stomatologicznej, jeśli:

- cierpi na poważne zaburzenia rozwoju, wzrostu lub nabytą w późniejszym czasie wadę szczękowo-zębową;
- cierpi na schorzenie fizyczne bądź umysłowe o podłożu niestomatologicznym;
- musi poddać się leczeniu medycznemu, którego rezultaty zależą między innymi od uzyskania opieki stomatologicznej.

Mają też Państwo przy tym (przy specjalistycznej opiece stomatologicznej w szczególnych przypadkach) prawo do leczenia z użyciem narkozy lub gazu rozweselającego, jeśli jest to element procedury mającej złagodzić lęk.

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

Muszą Państwo wcześniej uzyskać pisemną zgodę ZEM na specjalistyczną opiekę stomatologiczną w szczególnych przypadkach, włącznie z leczeniem z użyciem narkozy lub gazu rozweselającego, jeśli jest to element procedury mającej złagodzić lęk. Lekarz stomatolog musi złożyć wniosek o pisemną zgodę ZEM za pośrednictwem cyfrowego portalu VECOZO. Do wniosku należy dołączyć pisemne uzasadnienie od stomatologa, stomatologa-protetyka, chirurga szczękowego (zob. artykuły 6.2 i 6.3) lub centrum specjalistycznej opieki stomatologicznej, jak również pisemny plan leczenia i kosztorys.

Czy muszę zapłacić udział własny?

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

18.4.2 Implanty w bezzębnej szczęce

Do czego mam prawo?

Ubezpieczonemu przysługuje zwrot kosztów założenia implantów stomatologicznych, gdy występuje u niego bardzo poważnie uszczuplona, bezzębna szczeka, a implanty te mają służyć do zamocowania wyjmowanej protezy.

Jakie są warunki?

Implanty może zamówić i założyć wyłącznie lekarz stomatolog lub chirurg szczękowy.

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

Ubezpieczony musi uzyskać uprzednią pisemną zgodę ZEM. Lekarz stomatolog musi złożyć wniosek o pisemną zgodę ZEM za pośrednictwem cyfrowego portalu VECOZO. Do wniosku należy dołączyć pisemne uzasadnienie od

stomatologa, stomatologa-protetyka, chirurga szczękowego (zob. artykuły 6.2 i 6.3) lub centrum specjalistycznej opieki stomatologicznej, jak również pisemny plan leczenia i kosztorys.

Czy muszę zapłacić udział własny?

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

18.4.3 Ortodoncja w szczególnych przypadkach

Do czego mam prawo?

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

Jakie są warunki?

Leczenie musi przeprowadzić lekarz ortodonta.

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

Ubezpieczony musi uzyskać uprzednią pisemną zgodę ZEM. Wniosek o wydanie zgody przez ZEM musi też zawierać pisemne uzasadnienie ortodonta lub centrum specjalistycznej opieki stomatologicznej, jak również sporządzony na piśmie plan leczenia i kosztorys.

Czy muszę zapłacić udział własny?

Przy korzystaniu z opieki ortodontycznej w szczególnych przypadkach ubezpieczonego nie obowiązuje udział własny.

18.5 Hospitalizacja ze wskazań medycznych

Hospitalizacja w szpitalu najniższej klasy ze wskazań medycznych nieprzerwanie przez najwyżej 1095 dni w związku ze specjalistycznym leczeniem stomatologiczno-chirurgicznym, jak opisano w artykule 18, ewentualnie, choć niekoniecznie, w połączeniu z opieką pielęgniarską, pielęgnacją lub leczeniem paramedycznym:

- a. przerwy wynoszącej maksymalnie trzydzieści dni nie traktuje się jako przerwy w hospitalizacji. Dni te nie zostają jednak wliczone do obliczenia 1095 dni;
- b. w odstępie od postanowień lit. a, do obliczenia 1095 dni wlicza się przerwy w związku z weekendem lub urlopem wypoczynkowym.

18.6 Implanty stomatologiczne u ubezpieczonych poniżej 23. roku życia

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do urządzenia protetycznego zastępującego zęby wykonanego z materiałów nieplastycznych (koron i mostków) i do implantów zębowych, w celu zastąpienia:

- brakujących stałych siekaczy lub kłów, które nie wykształciły się w całości;
lub
- brakujących stałych siekaczy lub kłów utraconych bezpośrednio wskutek wypadku.

Jakie są warunki?

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

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

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

Czy muszę zapłacić udział własny?

Przy korzystaniu z tego rodzaju leczenia ubezpieczonego nie obowiązuje udział własny.

Artykuł 19. Opieka farmaceutyczna

19.1. Opieka farmaceutyczna

Do czego mam prawo?

Ubezpieczonemu przysługuje prawo do opieki farmaceutycznej świadczonej przez aptekarzy. Opieka ta polega na wydaniu leków lub zapewnieniu porad lub pomocy, która(-e) standardowo zalicza(ją) się do świadczeń udzielanych przez aptekarzy w zakresie oceny i odpowiedzialnego korzystania z leków. Opieka ta może być świadczona przez farmaceutów pracujących w ogólnodostępnych aptekach, lekarzy pierwszego kontaktu uprawnionych do wydawania leków i innych dostawców farmaceutycznych o specjalizacji medycznej (zwanym dalej „aptekarzami”). Wyżej wspomniani farmaceuci muszą być wpisani do rejestru farmaceutów prowadzących działalność, jak określono w artykule 61 Ustawy o produktach leczniczych. Za niektóre świadczenia, takie jak konsultacja farmaceutyczna lub przegląd leków, świadczeniodawcy wystawiają ZEM osobny rachunek, oprócz rachunku za wydanie określonych leków. W odniesieniu do całego artykułu 19 obowiązują przepisy „Regulaminu dotyczącego opieki farmaceutycznej”, który można znaleźć na stronie www.zem.nl/polisvoorwaarden.

Opieka farmaceutyczna obejmuje:

- wydawanie leków, na które wymagana jest recepta i które rzeczywiście zostały wydane ubezpieczonemu;
- wydanie leku na receptę wraz z rozmową instruktażową na temat leku, który ubezpieczony stosuje po raz pierwszy. Lek stosowany po raz pierwszy to lek z taką samą substancją czynną w składzie i formą podawania, który nigdy wcześniej nie był Państwu wydany lub który został Państwu po raz ostatni wydany 12 miesięcy temu lub dawniej;
- wydanie leków co tydzień lub co kilka tygodni. Udostępnianie leków w ten sposób nazywane jest zindywidualizowaną formą dystrybucji (geïndividualiseerde distributievorm, GDV). Przyjmowanie leków za pośrednictwem GDV jest możliwe tylko wtedy, gdy jest to konieczne ze względów medycznych i/lub farmaceutycznych. Należy również przeprowadzić rozmowę wstępną, okresowo poddawać ocenie stosowanie i względy medyczne uzasadniające taką formę wydania leków, a ubezpieczony (i/lub jego opiekun) oraz jego lekarz powinien otrzymać aktualny wykaz wszystkich przyjmowanych leków włącznie z porami/godzinami ich przyjmowania. W ramach tych obowiązków aptekarz wraz z podmiotem, który wypisał receptę sprawdzi, czy opieka taka jest niezbędna i celowa;
- instruktaż dotyczący użycia środka pomocniczego używanego przy stosowaniu leku na receptę. Przysługuje maksymalnie 1 instruktaż dla każdego środka pomocniczego, chyba że zostanie stwierdzone, że ubezpieczony używa go nieprawidłowo;
- rozmowę dotyczącą oceny leków. Aptekarz wraz z podmiotem, który wypisał receptę przeprowadzi ocenę stosowania leków na receptę w schorzeniach przewlekłych, robiąc to w oparciu o dane medyczne, farmaceutyczne i dotyczące pacjenta. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy jest to konieczne ze względów medycznych i/lub farmaceutycznych i może się odbywać zasadniczo raz na rok. Rozmowa dotycząca oceny leków jest zwolniona z obowiązkowego udziału własnego;
- opiekę farmaceutyczną w przypadku jednodniowej opieki szpitalnej/wizyty w poradni przyszpitalnej, gdy podczas niej miała faktycznie miejsce indywidualna rozmowa o (zmianie) farmakoterapii pomiędzy ubezpieczonym a odpowiedzialnym świadczeniodawcą;
- opiekę farmaceutyczną przy hospitalizacji i w związku z wyjściem ze szpitala, gdy w chwili rozpoczęcia leczenia w szpitalu lub natychmiast po zakończeniu tego leczenia miała faktycznie miejsce indywidualna rozmowa.

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

19.2 Leki

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do:

- a. refundacji zarejestrowanych leków określonych w Rozporządzeniu dotyczącym ubezpieczenia zdrowotnego (Regeling zorgverzekering) i w Systemie refundacji leków (Geneesmiddelenvergoedingsstelsel, GVS), o ile są one wskazane przez ZEM (zob. lit. b i c);
- b. refundacji leków niemarkowych. Po wygaśnięciu patentu na lek oryginalnej marki, na rynku pojawiają się porównywalne z nim leki niemarkowe (leki generyczne). Od tego momentu, nawet jeśli ma to miejsce w trakcie roku, ubezpieczonemu przysługiwać będzie wyłącznie refundacja wyłącznie za lek generyczny. Oprócz tego ZEM stosuje politykę leków preferowanych. W przypadku leków należących do kategorii produktów zawierających tę samą substancję czynną, siłę działania i porównywalną formę podawania), ubezpieczonemu przysługują tylko leki wskazane przez ZEM. Są to tzw. leki preferowane. Oznacza to, że gdy będzie to miało zastosowanie refundacji będzie podlegał wskazany lek preferowany, a nie lek niemarkowy. Kwoty refundacji leków preferowanych można znaleźć w Regulaminie opieki farmaceutycznej. Jest on dostępny na naszej stronie internetowej i jest co miesiąc aktualizowany na www.zem.nl/polisvoorwaarden.

W Załączniku 1. Rozporządzenia dot. ubezpieczenia zdrowotnego wymienione są grupy leków zawierających tę samą substancję czynną w składzie. Leki w obrębie tych grup są swoimi wzajemnymi zamiennikami. Informacje o tym, dla jakich substancji czynnych są wskazane leki preferowane i jakie są to leki, można znaleźć w Regulaminie opieki farmaceutycznej ZEM. Najbardziej aktualny wykaz leków preferowanych jest zamieszczony na naszej stronie internetowej. W trakcie 2024 roku ZEM może wskazać lub zmienić jeden lub większą liczbę leków preferowanych. Informacje o tym, których leków preferowanych to dotyczy, można znaleźć na stronie www.zem.nl/polisvoorwaarden. Ubezpieczony może otrzymać refundację wyłącznie za wskazane tam leki preferowane. Nie będą refundowane inne leki posiadające tę samą substancję czynną, siłę działania i formę;

- c. w wyjątkowych przypadkach może się okazać, że leczenie za pomocą wskazanego leku preferowanego lub leku generycznego (niemarkowego) byłoby dla ubezpieczonego nieodpowiedzialne pod względem medycznym. W takim przypadku może on na podstawie wskazań natury medycznej mieć prawo do refundacji zakupu najskuteczniejszego leku, który nie należy do leków wskazanych. Lekarz musi wówczas zamieścić na receptce adnotację, że występują „wskazania natury medycznej” (medische noodzaak) i na żądanie ZEM podać powody takiego zalecenia. Na przykład, że wykazano, iż substancja pomocnicza (nie czynna) w jednym lub większej liczbie leków generycznych wywołuje u ubezpieczonego takie efekty, że w opinii przepisującego lekarza przyjmowanie przez niego tego leku byłoby nieodpowiedzialne pod względem medycznym. Na podstawie recepty i wyjaśnień od lekarza aptekarz zdecyduje wtedy, jaki najskuteczniejszy lek należy wydać ubezpieczonemu. Jeśli ZEM będzie miało wątpliwości dotyczące uzasadnienia wskazań natury medycznej, skontaktuje się z lekarzem, który wydał receptę. Jeśli aptekarz będzie mieć wątpliwości dotyczące wskazań natury medycznej, może skontaktować się z ZEM w celu uzyskania drugiej opinii, korzystając w tym celu z formularza „Wniosku o ponowną ocenę wskazań natury medycznej”.

Leki preferowane

ZEM może w dowolnej chwili zmienić wykaz leków preferowanych. Najnowszą wersję wykazu można znaleźć w Regulaminie opieki farmaceutycznej na stronie www.zem.nl/polisvoorwaarden. Leki preferowane nie są odliczane od kwoty obowiązkowego ryzyka własnego.

Ryzyko własne obowiązuje jednak przy opłacie za usługi świadczone przez aptekę. Są to na przykład koszty związane z udostępnieniem leku i instruktażem przy stosowaniu nowych leków.

Polityka leków preferowanych i ryzyko własne

Jeśli ze względu na „wskazania natury medycznej” ubezpieczony stosuje inny lek niż preferowany lub jeśli preferowany lek jest niedostępny (ze „względów logistycznych”, np. w przypadku braków zaopatrzeniowych), koszty tego leku zostaną odliczone od ryzyka własnego ubezpieczonego.

Jeśli ubezpieczony stosuje inny lek niż lek preferowany, farmaceuta powinien natychmiast zadeklarować go do ZEM. Nie muszą więc Państwo samodzielnie płacić za ten lek w aptece;

- d. refundacji leków z innych grup wzajemnie zamiennych leków, które nie są objęte zasadą dotyczącą leków preferowanych;
- e. refundacji leków zmniejszających wydzielanie kwasu żołądkowego i leków dostępnych bez recepty stosowanych przy dolegliwościach przewlekłych, pod warunkiem, że są one ujęte w Rozporządzeniu dotyczącym ubezpieczenia zdrowotnego (Regeling zorgverzekering) i w Systemie refundacji leków (Geneesmiddelenvergoedingssysteem, GVS). Muszą one być jednak przepisane przez lekarza. Aby uzyskać refundację, muszą być spełnione następujące warunki:
- ubezpieczony ma zalecenie do przyjmowania tego leku przez ponad sześć miesięcy;
 - ubezpieczonemu przepisano ten lek w związku z leczeniem schorzenia przewlekłego;
 - ten lek nie jest dla ubezpieczonego nowym lekiem.

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

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

racjonalnej farmakoterapii oraz jeśli spełniony zostanie wymóg z następnego ustępu, o ile ma to zastosowanie. Lekarz i farmaceuta ubezpieczonego zostaną o tym powiadomieni za pomocą listy na stronie www.znformulieren.nl;

- g. leków zleconych do przygotowania innej aptece zgodnie z postanowieniami lit. b powyżej, które należą do kategorii produktów z lekami przygotowywanymi w aptece będącymi wzajemnymi zamiennikami;
- h. leku określonego w artykule 40 ust. 3 lit. c Ustawy o produktach leczniczych, wytworzonego w Holandii przez producenta z pozwoleniem na produkcję, o ile chodzi o racjonalną farmakoterapię;
- i. leków, o których mowa w artykule 40 ust. 3 lit. c Ustawy o produktach leczniczych, o ile chodzi o racjonalną farmakoterapię, które nie są dostępne w Holandii, ale są importowane do Holandii i mają być przeznaczone dla ubezpieczonego, który cierpi na schorzenie, które w Holandii nie występuje u więcej niż 1 na 150 000 osób;
- j. leków, o których mowa w artykule 40 ust. 3 lit. c Ustawy o produktach leczniczych, które znajdują się w obrocie w innym kraju członkowskim Unii Europejskiej lub w kraju trzecim i są importowane do Holandii (lek importowany), jeśli leki te mają zastąpić leki zarejestrowane w Holandii określone w lit. a, które nie mogą być dostarczone, lub też nie mogą być dostarczone w wystarczającej ilości przez posiadacza lub posiadaczy pozwolenia na obrót lub pozwolenia na obrót równoległy, wydanego na mocy Ustawy o produktach leczniczych, lub też na mocy rozporządzenia określonego w artykule 1 ust. 1 lit. fff tej Ustawy. Ubezpieczonemu przysługuje refundacja za importowane leki tylko wtedy, gdy są one zatwierdzone przez Inspekcję ds. ochrony zdrowia i dzieci (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, IGJ);
- k. leków, o których mowa w artykule 52 ust. 1 Ustawy o produktach leczniczych, jeśli leki te mają zastąpić zarejestrowane leki określone w lit. a, które nie mogą być dostarczone, lub też nie mogą być dostarczone w wystarczającej ilości przez posiadacza lub posiadaczy pozwolenia na obrót lub pozwolenia na obrót równoległy, wydanego na mocy Ustawy o produktach leczniczych, lub też na mocy rozporządzenia określonego w artykule 1 ust. 1 lit. fff tej Ustawy.

Jakie są warunki?

- a. O ile ZEM nie ustaliło inaczej z aptekarzem, leki muszą być przepisane przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę, stomatologa, stomatologa specjalistę lub położną (położonego) i muszą zostać udostępnione ubezpieczonemu przez aptekarza;
- b. W przypadku niektórych leków określonych w Załączniku 2. Rozporządzenia dotyczącego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązują dodatkowe warunki, a niekiedy może też być potrzebna zgoda ZEM. Warunki dotyczące leków zawarte w Załączniku 2. i potrzebne formularze można znaleźć na stronie www.znformulieren.nl. W przypadku leków należących do Grupy 4. określonej w Załączniku 2. obowiązują odrębne warunki ZEM zamieszczone w Regulaminie opieki farmaceutycznej. Lekarz przepisujący leki odpowiada za wypełnienie zaświadczenia lekarskiego. Na podstawie zaświadczenia lekarskiego wypełnionego przez lekarza wypisującego receptę apteka może natychmiast sprawdzić, czy ubezpieczony spełnia stawiane mu warunki. Zaświadczenie to należy wraz z receptą przekazać aptekarzowi. W przypadkach, gdy wymagane jest uprzednie uzyskanie zgody, podmiot wypisujący receptę zwróci się do ZEM o zgodę na dane leczenie;
- c. W przypadku każdego przepisanego leku istnieje prawo do otrzymania opieki farmaceutycznej jedynie przez:
 - maksymalnie 15 dni lub czas zużycia najmniejszego opakowania handlowego przy rozpoczęciu przyjmowania nowego leku. Dotyczy to również leków przeciwdepresyjnych i leków stosowanych w leczeniu ADHD;
 - co najmniej 3 miesiące i maksymalnie 12 miesięcy dla dalszych wydań leków, jeśli dotyczy to leków na potrzeby leczenia chorób przewlekłych (co określa lekarz wypisujący receptę), które nie kosztują więcej niż 1000,00 € z VAT miesięcznie. Dotyczy to również leków przeciwdepresyjnych i leków stosowanych w leczeniu ADHD;
 - maksymalnie miesiąc w przypadku dalszych wydań leków, jeśli dotyczy to leków określonych w ustawie o środkach odurzających (Opiumwet), takich jak opioidy, benzodiazepiny, leki uspokajające;
 - maksymalnie miesiąc, jeśli koszty za jeden lek przekraczają 1000,00 € miesięcznie z VAT (drogich leków) lub, w przypadku najmniejszego opakowania handlowego, jeśli koszty za jedno takie opakowanie przekraczają 1000,00 € z VAT, o ile nie poczyniono innych ustaleń z aptekarzem. W odniesieniu do tej grupy drogich leków obowiązuje zasada, że po pierwszych 6 miesiącach ich przyjmowania leki te będą mogły być wydawane na maksymalnie trzy miesiące;
 - maksymalnie 6 miesięcy, gdy ubezpieczony przebywa za granicą. Wyjątkiem jest grupa drogich leków i dostarczanie leków w rolce (GDV), ponieważ w ich przypadku limit ten wynosi 3 miesiące;
 - maksymalnie do 12 miesięcy, jeśli dotyczy to doustnych środków antykoncepcyjnych. Jeśli ubezpieczony korzysta z tych środków po raz pierwszy, maksymalny termin wynosi 3 miesiące;

- w przypadku przyjmowania insuliny recepta jest potrzebna tylko za pierwszym razem. W przypadku zmiany insuliny potrzebna jest nowa recepta;
- maksymalny okres 15 dni obowiązuje zasadniczo przy stosowaniu leków podczas intensywnej opieki świadczonej w domu (opieki farmaceutycznej po pobycie w szpitalu i/lub w fazie paliatywnej i terminalnej). W konsultacji pomiędzy ubezpieczonym, lekarzem (pierwszego kontaktu), pielęgniarką(-rzem) środowiskową(-ym) i farmaceutą mogą zostać jednak wypracowane indywidualne rozwiązania;
- co najmniej 2 tygodnie, gdy dotyczy to wydawania leku poprzez zindywidualizowaną formę dystrybucji (GDV), chyba że względy medyczne i/lub farmaceutyczne zmuszają do odstąpienia od tego limitu.

Podstawami do dostarczenia leków na krótszy okres mogą być: ograniczony termin przydatności do użycia lub ograniczona dostępność leku (np. w przypadku braków zaopatrzeniowych).

Co nie jest refundowane?

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

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

- W przypadku niektórych leków określonych w Załączniku 2. Rozporządzenia dotyczącego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązują dodatkowe warunki, a niekiedy również wymóg uzyskania zgody ubezpieczyciela. Informacja na ten temat można znaleźć na stronie www.zem.nl/geneesmiddelen;
- w odniesieniu do leków należących do Grupy 4. z Załącznika 2. dodanych do tego Załącznika w ciągu danego roku obowiązuje wymóg uzyskania zgody ZEM w związku z tym, że mogą też obowiązywać względem nich dodatkowe warunki. Jeśli uzyskanie takiej zgody nie będzie potrzebne, zamieścimy o tym informację w Regulaminie dotyczącym opieki farmaceutycznej na naszej stronie internetowej;
- refundacja leków importowanych wymaga uzyskania uprzedniej zgody ZEM;
- aby uzyskać refundację drogich leków i dostaw leków w rolce (GDV) w myśl artykułu 19.2, w punkcie C pod nagłówkiem „Jakie są warunki?”, konieczne jest uzyskanie zgody w przypadku przebywania za granicą przez ponad 3 miesiące;
- przed rozpoczęciem GDV obejmującej od 1 do 4 leków konieczne jest uprzednie uzyskanie zgody ZEM;
- w przypadku drogich leków i dostaw leków w rolce (GDV) ZEM wyda swoją zgodę wyłącznie po wydaniu upoważnienia i na okres maksymalnie 6 miesięcy.

Czy muszę zapłacić udział własny?

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

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

19.3 Preparaty dietetyczne

Do czego mam prawo?

Ubezpieczonemu przysługują (polimeryczne, oligomeryczne, monomeryczne i modułowe) preparaty dietetyczne do użytku medycznego i związane z nimi porady oraz wsparcie, gdy nie może on poradzić sobie za pomocą dostosowanego normalnego żywienia i innych produktów spożywczych specjalnego przeznaczenia (w celu poddania tego ocenie lekarz prowadzący leczenie lub dietetyk powinien wypełnić zaświadczenie lekarskie dostępne na stronie www.znformulieren.nl) i jeżeli:

- cierpi na zaburzenia metabolizmu, alergię pokarmową lub zaburzenia resorpcji;
- ma mniej niż 2 lata i stwierdzono u niego alergię na białko mleka krowiego za pomocą testu prowokacji;
- cierpi na stwierdzone na podstawie uznanych badań wstępnych niedożywienie związane z chorobą lub też występuje u niego takie ryzyko;
- zgodnie z wytycznymi jego grup zawodowych w Holandii istnieje dla niego zalecenie stosowania preparatu dietetycznego.

W przypadku żywienia bazującego na napojach dietetycznych do użytku medycznego, ubezpieczonemu przysługuje(-ą):

- pakiet startowy na początku, zawierający – jeśli jest to możliwe pod względem leczniczym – większą ilość smaków i wariantów na maksymalnie dwa tygodnie. Jeśli okres zużycia jest krótszy niż dwa tygodnie, czas użytkowania pakietu startowego zostanie do tego dostosowany;
- ewentualne dalsze (automatyczne) wydania produktów maksymalnie na 1 miesiąc;
- żywienie dietetyczne jest dostarczane na sztuki lub na najmniejsze opakowanie handlowe;
- dostawa preparatów dietetycznych i/lub systemów ich podawania wraz z akcesoriami odbywa się pod adres domowy ubezpieczonego w ciągu 24 godzin od złożenia zamówienia.

Jakie są warunki?

- Na podstawie wypełnionego formularza ZN (Holenderskich Ubezpieczycieli Zdrowotnych) dotyczącego preparatów dietetycznych dostawca żywienia medycznego ustala, czy spełniono niezbędne wymogi. Jeśli dostawa przebiega za pośrednictwem apteki, można ustalić spełnienie jedynie warunków związanych z żywnością bazującym na napojach dietetycznych;
- środki związane z karmieniem przez sondę mogą być dostarczone wyłącznie przez dostawcę o specjalizacji medycznej;
- aby uzyskać refundację dostosowanego pożywienia dla niemowlęcia w przypadku występowania u niego alergii na mleko krowie, konieczne jest wykonanie testu eliminacji i prowokacji;
- aby uzyskać refundację dostosowanego pożywienia dla niemowlęcia wymagane jest wypełnienie krajowego formularza ZN (Holenderskich Ubezpieczycieli Zdrowotnych) dotyczącego preparatów dietetycznych a dostawca żywienia musi stwierdzić, czy spełniono konieczne wymogi.

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

Artykuł 20. Środki pomocnicze

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do refundacji funkcjonalnych środków pomocniczych i środków opatrunkowych wymienionych w Uchwale w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego oraz w Rozporządzeniu dot. ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres prawa do refundacji kosztów środków pomocniczych określany jest na podstawie umowy ubezpieczenia i „Regulaminu środków pomocniczych” (Reglement Hulpmiddelen) opracowanego przez ZEM.

W „Regulaminie środków pomocniczych” można znaleźć między innymi zasady dotyczące:

- tego, czy środek pomocniczy ma być wydany na własność, czy ma być udostępniony do użytkowania (wypożyczony);
- tego, czy potrzebne jest skierowanie, na którym zostanie wymienione wskazanie, i jeżeli skierowanie jest konieczne – jaki podmiot musi je wystawić;
- czy należy uzyskać uprzednią zgodę ZEM (w związku z pierwszym zakupem, ponownym zakupem lub naprawą);
- minimalnego okresu użytkowania środka pomocniczego;
- maksymalnej liczby użyć w przypadku materiałów eksploatacyjnych;
- maksymalnych kwot refundowanych i ustawowych udziałów własnych.

Treść „Regulaminu środków pomocniczych” można znaleźć na stronie www.zem.nl/polisvoorwaarden. Więcej informacji można też uzyskać od ZEM, dzwoniąc pod numer telefonu (071) 5 825 777 lub odwiedzając jeden z naszych oddziałów.

Jakie są warunki?

Środek pomocniczy musi być niezbędny, skuteczny i nie być w sposób nieuzasadniony kosztowny ani skomplikowany w ocenie ZEM.

Co nie jest refundowane?

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

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

Artykuł 21. Transport pacjenta

21.1 Zasady ogólne

Rozróżnia się następujące formy transportu pacjenta:

- transport karetką, oznaczający przewóz pacjenta karetką pogotowia, podczas którego konieczne jest udzielenie pomocy medycznej;
- transport pacjenta polegający na przewozie środkiem komunikacji publicznej, taksówką (dostosowaną do transportu wózka inwalidzkiego) lub samochodem (ubezpieczonego), podczas którego nie jest konieczne udzielenie pomocy medycznej.

21.2 Transport karetką

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do transportu karetką w nagłych wypadkach natury medycznej, na odległość maksymalnie 200 km, chyba że ZEM wyda pisemną zgodę na transport na dalszą odległość.

Jakie są warunki?

Musi to być transport karetką:

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

Co jeszcze należy wiedzieć?

Transport karetką obejmuje również transport osoby opiekującej się ubezpieczonym, jeśli taka opieka jest konieczna lub jeśli jest mowa o opiece nad dzieckiem, które nie ukończyło jeszcze 16. roku życia. W szczególnych przypadkach ZEM może wydać zgodę na transport dwóch osób opiekujących się ubezpieczonym.

21.3 Transport pacjenta środkami komunikacji publicznej, taksówką (dostosowaną do transportu wózka inwalidzkiego) lub (własnym) samochodem ze wskazaniem medycznym

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do niezbędnego z medycznego punktu widzenia transportu pacjenta (najniższą klasą środka komunikacji publicznej), transportu (własnym) samochodem lub taksówką (dostosowaną do transportu wózka inwalidzkiego). Musi to obejmować transport pacjenta do i od świadczeniodawcy lub placówki opieki zdrowotnej na odległość nie większą niż 200 km, chyba że ZEM wyda pisemną zgodę na transport na większą odległość.

Jakie są warunki?

Ubezpieczony kwalifikuje się do transportu pacjenta tylko wtedy, gdy spełnia jeden z warunków opisanych w punkcie „Jakie są warunki?” w artykule 21.2 (z wyjątkiem przepisów artykułu 21.2 lit. c) i jeśli:

- a. u ubezpieczonego należy wykonać dializę nerek;
- b. u ubezpieczonego należy przeprowadzić zabiegi onkologiczne, takie jak chemioterapia, immunoterapia lub radioterapia;
- c. ubezpieczony musi się udać na konsultacje, badania i kontrole i z powrotem, które są konieczne w związku z leczeniem wymienionym w literach a i b powyżej;
- d. gdy istnieją wskazania co do transportu w związku z długotrwałym leczeniem choroby lub schorzenia ubezpieczonego w określonej odległości i/lub w określonym czasie podróży, a niedostępność mu takiego transportu prowadziłoby do oczywistej niesprawiedliwości. Jest to tak zwana klauzula „hardship”, która chroni pacjentów przed trudnościami finansowymi. Jeśli ubezpieczony jest objęty tą klauzulą, dotyczy to również transportu na konsultacje, badania i kontrole, które są konieczne w związku z tym leczeniem;
- e. ubezpieczony przemieszcza się wyłącznie na wózku inwalidzkim;
- f. stwierdzone ograniczenia widzenia nie pozwalają ubezpieczonemu poruszać się bez asysty. Jest to ustalone na podstawie wytycznych danej medycznej grupy zawodowej;
- g. ubezpieczony nie ukończył 18. roku życia i ma zalecenia w zakresie opieki ze względu na złożone problemy somatyczne bądź niepełnosprawność fizyczną, przy czym występuje potrzeba nieustannego nadzoru lub zapewnienia dostępności w pobliżu całodobowej opieki (intensywnej opieki dla dzieci, IKZ);
- h. ubezpieczony korzysta z rehabilitacji geriatrycznej;
- i. ubezpieczony musi skorzystać z jednodniowej terapii szpitalnej dla grup pacjentów, w ramach programu świadczenia opieki dla osób z przewlekłymi, postępującymi, degeneracyjnymi dolegliwościami, niewrodzonymi urazami mózgu lub z ograniczeniami umysłowymi. Tego typu program świadczenia opieki jest refundowany jako Opieka Medyczna dla Specjalnych Grup Pacjentów (Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen, GZSP).

Czy muszą na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

- Aby uzyskać refundację za transport pacjenta taksówką (dostosowaną do transportu wózka inwalidzkiego), konieczne jest uprzednie uzyskanie na to pisemnej zgody ZEM. W tym celu ubezpieczony powinien złożyć wniosek o transport pacjenta, zgodnie z postanowieniami artykułu 21.4;
- w przypadku przejazdu komunikacją publiczną, taksówką (dostosowaną do transportu wózka inwalidzkiego) lub (własnym) samochodem w związku z klauzulą „hardship”, ubezpieczony musi uprzednio uzyskać pisemną zgodę i przedłożyć zaświadczenie lekarza prowadzącego;
- jeśli transport pacjenta komunikacją publiczną, taksówką (dostosowaną do transportu wózka inwalidzkiego) lub (własnym) samochodem nie jest możliwy, można wcześniej zwrócić się na piśmie do ZEM o wydanie zgody na transport pacjenta innym środkiem transportu;
- ubezpieczony musi wcześniej uzyskać pisemną zgodę na dofinansowanie kosztów noclegu.

Co jeszcze należy wiedzieć?

- Transport pacjenta komunikacją publiczną, taksówką (dostosowaną do transportu wózka inwalidzkiego) lub (własnym) samochodem obejmuje również transport osoby opiekującej się ubezpieczonym, jeśli taka opieka jest konieczna lub jeśli jest mowa o opiece nad dzieckiem, które nie ukończyło jeszcze 16. roku życia. Na przejazd osoby opiekującej się pacjentem podczas transportu komunikacją publiczną lub taksówką (dostosowaną do transportu wózka inwalidzkiego) wymagane jest uzyskanie zgody ZEM. W szczególnych przypadkach ZEM może wydać zgodę na transport dla dwóch osób opiekujących się ubezpieczonym;
- koszty transportu środkami komunikacji publicznej (najniższej klasy) są refundowane na podstawie najkrótszej możliwej odległości. Odległość ta jest obliczana na podstawie najkrótszej trasy i cen podanych za przejazd najniższą klasą (drugą klasą) na platformie internetowej 9292 (www.9292.nl);
- refundacja kosztów transportu (własnym) samochodem wynosi 0,38 € za kilometr. Zwrot kosztów jest ustalany na podstawie najkrótszej możliwej odległości. Odległość ta jest obliczana na podstawie „najkrótszej trasy” zgodnie z planerem podróży ANWB (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner). Zwrot kosztów za dojazd i powrót osoby opiekującej się ubezpieczonym nie przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony nie jedzie wraz z nią;
- na wniosek ubezpieczonego zamiast refundacji transportu pacjenta może zostać wypłacone dofinansowanie do kosztów noclegu (do 89,00 € za noc). Refundacja kosztów noclegu jest możliwa wyłącznie przy spełnieniu warunków określonych w punkcie 21.3 i gdy transport pacjenta z i do placówki zajęłyby co najmniej trzy następujące po sobie dni. Jeśli nocowanie wymaga podróży tam i z powrotem, ubezpieczonemu przysługuje także refundacja kosztów za transport pacjenta.

Aby zwiększyć wydajność transportu taksówką (dostosowaną do transportu wózka inwalidzkiego) możliwe jest, że wraz z ubezpieczonym będą nią przewożone inne osoby. Aby transport pacjentów przebiegał jak najsprawniej, uzgadniamy z naszym przewoźnikiem warunki dotyczące transportu wraz z innymi osobami (dotyczące czasu odbioru i odwożenia współpasażerów z/do różnych miejsc).

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

21.4 Sposób wnioskowania o transport pacjenta

Jak złożyć wniosek o transport pacjenta?

Jeśli ubezpieczony spełnia warunki określone w artykule 21.3, może zawniekskować o refundowany transport pacjenta w następujący sposób:

- może zawniekskować o zgodę za pomocą formularza wniosku o przewóz pacjenta „Ziekenvervoer” (na stronie www.zem.nl/downloads). Jeśli ubezpieczony otrzyma zgodę na transport taksówką (przystosowaną do transportu wózka inwalidzkiego), będzie mógł zamówić transport w Holenderskiej Centrali Transportu Chorych (Zorgvervoercentrale Nederland, ZCN) korzystając z aplikacji ZCN Vervoer lub dzwoniąc pod numer telefonu (010) 280 81 88. Jeśli wniosek o transport jest pilny, można najpierw zadzwonić pod numer telefonu (071) 5 825 700;
- uprzednie wnioskowanie o zgodę na transport komunikacją publiczną lub (własnym) samochodem nie jest konieczne, jeżeli ubezpieczony spełnia warunki określone w artykule 21.3;
- jeśli ubezpieczony chce się powołać na klauzulę „hardship” zgodnie z przepisami artykułu 21.3, aby móc skorzystać z transportu pacjenta, może o to zawniekskować za pomocą formularza wniosku o przewóz pacjenta „Ziekenvervoer” (na stronie www.zem.nl/downloads);
- o dofinansowanie do kosztów noclegu można zawniekskować za pomocą formularza wniosku o refundację kosztów noclegów „Logeervergoeding” (na stronie www.zem.nl/downloads).

21.5 Udział własny w transporcie pacjenta

Czy muszę zapłacić udział własny?

W przypadku kosztów transportu pacjenta obowiązuje udział własny w wysokości do 118,00 € za ubezpieczonego na rok kalendarzowy. Udział własny nie obowiązuje w przypadku:

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

21.6 Sposób deklarowania kosztów transportu lub noclegów pacjenta do refundacji

Jak należy zgłaszać koszty do zwrotu?

Aby po uzyskaniu świadczenia zadeklarować koszty transportu komunikacją publiczną, (własnym) samochodem lub koszty noclegów, należy wypełnić formularz deklaracyjny dla kosztów transportu i noclegów („Vervoers- en logeerkosten”). Należy go przesłać do ZEM wraz z kartą wizyt (afsprakenkaart), a w przypadku skorzystania z komunikacji publicznej przesłać też rachunki za przejazdy. Na podstawie tych dokumentów ZEM sprawdzi, czy ubezpieczonemu przysługuje refundacja za koszty transportu pacjenta i/lub noclegi.

Terminy nadsyłania dokumentów określono w artykule 4.1.1 lit. e. W razie pytań dotyczących refundacji kosztów transportu pacjenta lub noclegów, można skontaktować się z ZEM, dzwoniąc pod numer telefonu (071) 5 825 777.

Artykuł 22. Za granicą

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do (wedle własnego wyboru):

- zwrotu kosztów opieki udzielanej za granicą przez niezakontrowanego zagranicznego lub holenderskiego świadczeniodawcę. Wysokość refundacji podano w Rubryce A, w artykule 1.5. Jeśli ubezpieczony uzyskał od nas zgodę na dane leczenie, otrzyma refundację w wysokości do 100% (maksymalnej) stawki WMG. Jeśli

- brak określonej (maksymalnej) stawki WMG, ubezpieczony otrzyma refundację w wysokości do 100% stawki zgodnej z rynkiem holenderskim;
- opieki medycznej mającej nagły charakter – jest to uzyskana za granicą opieka konieczna ze względów medycznych, która musi być świadczona przez zagranicznego lub holenderskiego świadczeniodawcę w ciągu 24 godzin po pojawieniu się choroby/urazu, i której z uzasadnionych przyczyn nie można udzielić dopiero po powrocie do kraju zamieszkania. Ubezpieczony otrzyma wówczas refundację kosztów w wysokości do 100% (maksymalnej) stawki WMG. Jeśli brak określonej (maksymalnej) stawki WMG, ubezpieczony otrzyma refundację w wysokości do 100% stawki zgodnej z rynkiem holenderskim;
- opieki świadczonej za granicą przez zagranicznego lub holenderskiego świadczeniodawcę, do której ubezpieczony ma prawo na podstawie przepisów rozporządzenia UE o systemie zabezpieczenia społecznego lub odpowiedniego porozumienia. Rozporządzenie UE o systemie zabezpieczenia społecznego lub dane porozumienie regulują również kwestię refundacji kosztów opieki.

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

Jakie są warunki?

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

Czy potrzebuję zgody?

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

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

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do opieki w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień (Geestelijke Gezondheidszorg, GGZ) świadczonej przez lekarzy psychiatrów i psychologów klinicznych. Opieka ta jest dostępna dla ubezpieczonych powyżej 18. roku życia.

Jakie są warunki?

- Opieka musi być świadczona przez świadczeniodawcę prowadzącego własną praktykę lub placówkę GGZ, w której określający wskazanie i koordynujący opiekę główny lekarz prowadzący spełnia co najmniej i w sposób możliwy do wykazania wymogi (w zakresie wykształcenia) i posiada (inne) kompetencje odpowiednie dla złożoności danych problemów zdrowotnych, zgodnie z zaleceniami obowiązującego Krajowego Statusu Jakości GGZ (www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut);
- opieka musi być świadczona przez świadczeniodawcę prowadzącego własną praktykę lub placówkę GGZ, w której określający wskazanie i koordynujący opiekę główny lekarz prowadzący wykonuje w sposób pełny i możliwy do wykazania nałożone na niego zadania i zobowiązania określone w obowiązującym Krajowym Statusie Jakości GGZ;
- w przypadku placówki świadczącej specjalistyczną opiekę GGZ możliwe jest skorzystanie z pomocy innych osób prowadzących leczenie. Osoby te będą uprawnione do przeprowadzenia części leczenia w koordynacji przez głównego lekarza prowadzącego;
- określający wskazanie i koordynujący opiekę główny lekarz prowadzący w placówce GGZ musi mieć znaczący udział w leczeniu i świadczeniu opieki zdrowotnej;
- określający wskazanie i koordynujący opiekę główny lekarz prowadzący świadczący opiekę w ramach własnej praktyki musi w całości lub w większej części przeprowadzić leczenie i świadczenie opieki zdrowotnej;
- zadania należące do innych osób prowadzących mogą być wykonywane wyłącznie przez świadczeniodawców, którzy są ujęci w wykazie ZEM dotyczącym zawodów rejestrujących wizyty (lijst consult registrerende beroepen) lub w wykazie zawodów w opiece GGZ ukierunkowanej na leczenie (lijst beroepen curatieve GGZ). Oba te wykazy można znaleźć na stronie www.zem.nl/polisvoorwaarden;

- opieka musi być świadczona w gabinecie lub w klinice świadczeniodawcy. Leczenie w domu jest dopuszczalne wyjątkowo, w przypadku, gdy jest to konieczne ze względów medycznych;
- świadczeniodawca musi posiadać ważny status jakości na podstawie obowiązującego Krajowego Statusu Jakości GGZ (Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ). Krajowy Status Jakości GGZ jest ujęty w Rejestrze standardów jakościowych i instrumentów pomiarowych Holenderskiego Instytutu ds. Opieki Zdrowotnej (Zorginstituut Nederland). Świadczeniodawcy muszą przedstawić swój status jakości na stronie www.ggzkwaliteitsstatuut.nl i mają obowiązek przestrzegania go w całości i w sposób możliwy do wykazania;
- nie mogą Państwo przenosić na osoby trzecie roszczeń, jakie przysługują Państwu z naszej strony. Klauzula ta jest ujęta w artyku 3:83 ust. 2 Kodeksu cywilnego. Stałoby się tak w przypadku, gdyby udali się Państwo do świadczeniodawcy, z którym ZEM nie ma zawartej umowy. Przysługujące Państwu kwoty refundacji będą wypłacane zawsze na podany nam przez Państwa (ubezpieczającego) rachunek bankowy (IBAN). Nie mogą też Państwo wydać zgody osobie trzeciej na przyjmowanie płatności lub składanie u nas rachunków w Państwa imieniu. Muszą Państwo samodzielnie przedłożyć nam rachunki za świadczenia.

Czy potrzebuję skierowania?

W przypadku opieki w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień wymagane jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu, lekarza medycyny pracy lub lekarza specjalisty. Nie ma takiego wymogu, jeśli konieczne jest uzyskanie doraźnej pomocy/opieki z zakresu interwencji kryzysowej.

Skierowanie musi zawierać następujące dane:

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

Na okres, na jaki ubezpieczony jest kierowany na leczenie, musi on posiadać ważne skierowanie, którego data wydania nie może być wcześniejsza niż 9 miesięcy od daty rozpoczęcia świadczenia opieki.

Dla dalszego leczenia w związku z tą samą diagnozą nie będzie potrzebne nowe skierowanie, jeśli rozpocznie się ono w ciągu 9 miesięcy po zakończeniu wcześniejszego leczenia. Gdy jednak nastąpi przerwa w leczeniu wynosząca ponad 9 miesięcy, dla dalszego leczenia będzie potrzebne nowe skierowanie.

Przeznaczamy „Zasad dotyczących skierowań w opiece w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień” (Verwijsafspraken Geestelijke Gezondheidszorg) wydanych przez Ministerstwo VWS w dniu 1 stycznia 2020 r. Dokument ten można znaleźć na stronie www.zem.nl/polisvoorwaarden;

23.1 Ambulatoryjna opieka GGZ dla osób powyżej 18. roku życia

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej i psychologicznej:

- w prywatnej praktyce;
- w placówce GGZ;
- osoby ubezpieczone, które w trakcie leczenia (rozpoczętego z tytułu Ustawy o dzieciach i młodzieży (Jeugdwet)) ukończą 18. rok życia, mogą skorzystać z przepisów przejściowych, jeżeli kontynuacja lub zakończenie leczenia powinny nastąpić zgodnie z ustawą o ubezpieczeniach zdrowotnych. Jeśli pacjent/klient chce kontynuować leczenie u dotychczasowego (głównego) lekarza prowadzącego ze względu na zbudowaną z nim relację terapeutyczną, ale nie może tego zrobić ze względu na zobowiązanie wynikające z Krajowego Statusu Jakości GGZ, może skorzystać z przepisów przejściowych. Obowiązują przy tym następujące warunki:
 - pacjent/klient był już leczony przez głównego lekarza prowadzącego przed ukończeniem 18. roku życia;
 - główny lekarz prowadzący uzyskał podyplomowy wpis do rejestru SKJ (Rejestru Jakościowego Opieki Zdrowotnej dla Małoletnich) lub rejestru BIG;
 - kontynuacja leczenia ma na celu jego zakończenie lub przekazanie;
 - czas trwania leczenia może wynieść maksymalnie 365 dni od dnia ukończenia przez pacjenta/klienta 18. roku życia;
- w przypadku kontynuacji tego leczenia obowiązywać będą te same warunki ramowe, co w przypadku Ustawy o dzieciach i młodzieży (Jeugdwet) i zasady polityki dotyczące opieki GGZ ukierunkowanej na leczenie.

Świadczeniodawcy, którzy w ramach ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych świadczą usługi wyłącznie na podstawie tych przepisów przejściowych, nie są zobowiązani do sporządzenia statusu jakości.

Co nie jest refundowane?

- Testy na inteligencję, które nie stanowią części leczenia medycznego;
- opieka z zakresu psychologii szkolnej;
- pomoc w formie kursów i szkoleń o charakterze niemedyceznym;
- opieka ortopedagogiczna;
- neurotrening (neurofeedback);
- psychoanaliza;
- leczenie zaburzeń adaptacyjnych;
- pomoc w zakresie problemów dotyczących pracy i relacji, chyba że wynikają one z diagnozy według klasyfikacji DSM-5;
- pomoc w problemach z przemęczeniem i wypaleniem zawodowym, chyba że wynikają one z diagnozy według klasyfikacji DSM-5;
- pomoc w zakresie dolegliwości psychicznych, które nie są zaburzeniami psychicznymi według klasyfikacji DSM-5;
- opieka interwencyjna niespełniająca wymogów aktualnego poziomu wiedzy medycznej i praktyk przyjętych w tej dziedzinie. Opieka interwencyjna, która nie została poddana ocenie przez Holenderski Instytut ds. Opieki Zdrowotnej (Zorginstituut Nederland), zostanie oceniona przez ZEM według aktualnego poziomu wiedzy medycznej i praktyk przyjętych w tej dziedzinie. Główną rolę odgrywać przy tym będzie opinia Holenderskich Towarzystw Ubezpieczeń Zdrowotnych „Terapie w opiece GGZ” (Zorgverzekeraars Nederland ‘Therapieën GGZ’) lub dalsza(-e)/uzupełniająca(-e) opinia(-e). Opinie te można znaleźć na stronie **www.zem.nl/polisvoorwaarden**;
- specjalistyczna opieka (w zakresie leczenia uzależnień), w ramach której nadrzędnym celem jest resocjalizacja.

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

Zanim ubezpieczony uda się do niezakontraktowanej placówki w celu uzyskania ambulatoryjnej specjalistycznej opieki GGZ, musi uprzednio uzyskać na to pisemną zgodę. W tym celu świadczeniodawca powinien w imieniu ubezpieczonego przesłać do ZEM:

- a. pismo ze skierowaniem od lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalisty, lub lekarza medycyny pracy;
- b. wskazanie do leczenia (uzasadnienie, że ubezpieczonemu zaleca się skorzystanie z opieki GGZ) wraz z diagnozą według klasyfikacji DSM-5 postawioną przez określającego wskazanie głównego lekarza prowadzącego;
- c. określający wskazanie główny lekarz prowadzący ustala i sporządza plan leczenia we współpracy z pacjentem i ewentualnymi innymi osobami prowadzącymi leczenie oraz lekarzami, z którymi się konsultuje. Plan leczenia zawiera też określony w minutach czas przeznaczony na leczenie i czynności, które mają być wykonane podczas leczenia;
- d. nazwiska świadczeniodawców i ich specjalizację/funkcję, w tym również głównego lekarza prowadzącego, który określa wskazanie i/lub koordynuje opiekę (z podaniem numeru w wykazie zawodów w indywidualnej opiece medycznej – BIG), zaangażowanych w świadczenie opieki;
- e. rodzaj dolegliwości wymagającej leczenia i kod świadczenia.

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

23.2. Kliniczna opieka GGZ dla osób powyżej 18. roku życia

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do:

- przyjęcia do placówki leczenia zdrowia psychicznego i terapii uzależnień, instytucji oferującej specjalistyczną opiekę w zakresie terapii uzależnień lub na oddział psychiatryczny szpitala na okres do 3 lat (1095 dni). Przerwy wynoszącej maksymalnie 30 dni nie traktuje się jako przerwy w hospitalizacji. Dni te nie wliczają się jednak do obliczania wspomnianych 3 lat (1095 dni). Jednak przerwy w hospitalizacji w związku z przypadającym weekendem i/lub urlopem wypoczynkowym są wliczane do okresu 3 lat (1095 dni);
- leczenia psychiatrycznego i pobytu w szpitalu, również w połączeniu z opieką pielęgniarską;
- stanowiącej część leczenia opieki paramedycznej, leków, środków pomocniczych i środków opatrunkowych przez cały czas pobytu w szpitalu/placówce;
- Pobyt w szpitalu/placówce musi być konieczny ze względów medycznych w ramach przeprowadzanego leczenia;
- osoby ubezpieczone, które w trakcie leczenia (rozpoczętego z tytułu Ustawy o dzieciach i młodzieży (Jeugdwet)) ukończą 18. rok życia, mogą skorzystać z przepisów przejściowych, jeżeli kontynuacja lub zakończenie leczenia powinny nastąpić zgodnie z ustawą o ubezpieczeniach zdrowotnych. Jeśli pacjent/klient chce kontynuować leczenie u dotychczasowego (głównego) lekarza prowadzącego ze względu na zbudowaną z nim relację terapeutyczną, ale nie może tego zrobić ze względu na zobowiązanie

wynikające z Krajowego Statusu Jakości GGZ, może skorzystać z przepisów przejściowych. Obowiązują przy tym następujące warunki:

- pacjent/klient był już leczony przez głównego lekarza prowadzącego przed ukończeniem 18. roku życia;
- główny lekarz prowadzący uzyskał podyplomowy wpis do rejestru SKJ (Rejestru Jakościowego Opieki Zdrowotnej dla Małoletnich) lub rejestru BIG;
- kontynuacja leczenia ma na celu jego zakończenie lub przekazanie;
- czas trwania leczenia może wynieść maksymalnie 365 dni od dnia ukończenia przez pacjenta/klienta 18. roku życia;
- w przypadku kontynuacji tego leczenia obowiązywać będą te same warunki ramowe, co w przypadku Ustawy o dzieciach i młodzieży (Jeugdwet) i zasady polityki dotyczące opieki GGZ ukierunkowanej na leczenie.

Świadczeniodawcy, którzy w ramach ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych świadczą usługi wyłącznie na podstawie tych przepisów przejściowych, nie są zobowiązani do sporządzenia statusu jakości.

Co nie jest refundowane?

- Specjalistyczna opieka (w zakresie leczenia uzależnień), w ramach której nadrzędnym celem jest resocjalizacja;
- pobyt w szpitalu/placówce ze wskazań społecznych (np. gdy ubezpieczony nie posiada miejsca zamieszkania).

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

- Zanim ubezpieczony uda się do niezakontraktowanej placówki w celu uzyskania opieki GGZ z hospitalizacją, musi na to uprzednio uzyskać naszą pisemną zgodę. W tym celu świadczeniodawca powinien w imieniu ubezpieczonego przesłać do ZEM:
 - a. pismo ze skierowaniem od lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalisty, lub lekarza medycyny pracy;
 - b. wskazanie do umieszczenia w placówce leczniczej, stwierdzone przez określającego wskazanie głównego lekarza prowadzącego;
 - c. plan leczenia ustalony i sporządzony przez określającego wskazanie głównego lekarza prowadzącego we współpracy z pacjentem i ewentualnymi innymi osobami prowadzącymi leczenie oraz lekarzami, z którymi się konsultuje, który zawiera też określony w minutach czas przeznaczony na leczenie i czynności, które mają być wykonane podczas leczenia;
 - d. nazwiska świadczeniodawców i ich specjalizację/funkcję, w tym również głównego lekarza prowadzącego, który określa wskazanie i/lub koordynuje opiekę (z podaniem numeru w wykazie zawodów w indywidualnej opiece medycznej – BIG), zaangażowanych w świadczenie opieki;
 - e. uzasadnienie świadczeń częściowych do zadeklarowania, w tym wykorzystanie personelu opiekuńczo-wychowawczego i pielęgniarskiego (VOV) w leczeniu zaburzenia;
 - f. rodzaj dolegliwości wymagającej leczenia i kod świadczenia.
- W przypadku pobytu, który (według oczekiwań) będzie trwać dłużej niż rok, (w przypadku drugiego i trzeciego roku) konieczne jest, aby przed kontynuacją tego leczenia uzyskać wcześniej, czyli najpóźniej na 2 miesiące przed końcem pierwszego roku pobytu, pisemną zgodę ZEM.

We wniosku o zgodę należy podać uzasadnienie konieczności takiego pobytu, a także klasę pobytu i zalecenie dotyczące oczekiwanej długości kontynuowanego pobytu. W indywidualnych przypadkach opiniujący doradca medyczny może zażądać wglądu w plan leczenia. Musi też być obecna lista kontrolna kontynuacji pobytu, zawierająca wskazania do długotrwałego pobytu. Potrzebną listę kontrolną kontynuacji pobytu można znaleźć na stronie www.zem.nl/polisvoorwaarden.

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

Artykuł 24. Opieka kompleksowa

24.1. Opieka kompleksowa

Do czego mam prawo?

Ubezpieczonemu przysługuje prawo do skoordynowanej wielodyscyplinarnej opieki zdrowotnej, zwanej także kompleksową, gdy cierpi na określone schorzenie przewlekłe.

Co nie jest refundowane?

(Kursy) opieka w zakresie samokontroli, która nie jest świadczona przez lekarza pierwszego kontaktu lub pielęgniarskiego asystenta tego lekarza stanowczo nie wchodzi w skład opieki kompleksowej

Jakie są warunki?

Opieka kompleksowa może być świadczona w przypadku określonych schorzeń przewlekłych (przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, astmy, zarządzania ryzykiem w chorobach układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy typu 2). Głównym lekarzem prowadzącym musi być lekarz pierwszego kontaktu, a opieka musi być świadczona w sposób skoordynowany przez grupę różnych świadczeniodawców w oparciu o standardową opiekę w zakresie leczenia danego schorzenia.

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

24.2 Opieka podologiczna poza opieką kompleksową

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do profilaktycznej opieki podologicznej świadczonej przez lekarzy pierwszego kontaktu ubezpieczonym, u których występuje podwyższone ryzyko owrzodzenia stopy. Opieka ta może być świadczona przez podologów, pedicurzystów o specjalizacji leczniczej lub przez wyspecjalizowanych pedicurzystów. Pedicurzyści o specjalizacji leczniczej lub wyspecjalizowani pedicurzyści muszą świadczyć tę opiekę na zlecenie podologa. Może się ona odbywać zarówno w ramach opieki kompleksowej (artykuł 24.1), jak i poza nią.

Jakie są warunki?

- Opieka musi być niezbędna ze względów medycznych;
- u ubezpieczonego muszą występować problemy zdrowotne odpowiadające co najmniej 2. Profilowi zdrowotnemu (Zorgprofiel 2) określone w module opieki dotyczącym Profilaktyki owrzodzenia stopy cukrzycowej z 2019 roku. Warunek ten obowiązuje również wtedy, gdy przyczyną podwyższonego ryzyka owrzodzenia stopy nie jest cukrzyca. W tym przypadku również stosuje się takie same profile zdrowotne. Wyjątkiem od tej zasady jest coroczna kontrola stóp, dla której minimalnym wymaganiem jest 1. Profil zdrowotny;
- opieka musi być świadczona przez podologa, pedicurzystę o specjalizacji leczniczej lub wyspecjalizowanego pedicurzystę;
- jeśli podwyższone ryzyko wystąpienia owrzodzenia stopy jest powodowane przez cukrzycę typu 1 lub 2, opiekę tę oprócz podologa lub pedicurzysty o specjalizacji leczniczej może też świadczyć wyspecjalizowany pedicurzysta posiadający adnotację „pielęgnacja stóp u diabetyków”;
- jeśli przyczyną jest inne schorzenie niż cukrzyca, opiekę tę oprócz podologa lub pedicurzysty o specjalizacji leczniczej może też świadczyć wyspecjalizowany pedicurzysta posiadający adnotację „stopa reumatoidalna”;
- opieka taka świadczona przez pedicurzystę o specjalizacji leczniczej lub wyspecjalizowanego pedicurzystę zostanie zrefundowana tylko wtedy, gdy świadczeniodawca ten ma podpisaną umowę z podologiem;
- świadczeniodawca musi być wpisany do rejestru kodów AGB prowadzonego przez Vektis pod odpowiednim kodem AGB.

Czy potrzebuję skierowania?

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

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

Artykuł 25. Rzucanie palenia

Do czego mam prawo?

Program rzucania palenia obejmuje pomoc medyczną ukierunkowaną na zmianę nawyków, a jego celem ma być zaprzestanie palenia przez ubezpieczonego. Dla wsparcia skuteczności tego programu ubezpieczony ma też prawo do refundacji przepisanych w jego ramach leków. Można wziąć udział w programie indywidualnym lub grupowym. Zarówno opieka medyczna, jak i leki mające na celu wspieranie skuteczności programu rzucania palenia są zwolnione z obowiązkowego udziału własnego.

Jakie są warunki?

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

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

Artykuł 26. Opieka dla osób z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu

Do czego mam prawo?

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

Opieka ta jest ukierunkowana na naukę radzenia sobie, zmniejszenie lub zrównoważenie występującego u ubezpieczonego ograniczenia, aby mógł on funkcjonować w największym możliwym stopniu samodzielnie. Opieka składa się z:

- badania diagnostycznego;
- interwencji ukierunkowanych na naukę psychicznego radzenia sobie z upośledzeniem;
- interwencji mających na celu wyeliminowanie lub zrównoważenie ograniczenia występującego u ubezpieczonego, aby zwiększyć jego samodzielność.

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

Co nie jest refundowane?

Ubezpieczonemu nie przysługuje refundacja za:

- pomoc w funkcjonowaniu w społeczeństwie (np. za opiekę tłumacza języka migowego);
- całościowe, długotrwałe i obejmujące wiele dziedzin życia wsparcie dla dorosłych osób głuchoniewidomych i dorosłych głuchych prelingwalnie.

Czy potrzebuję skierowania?

Przed rozpoczęciem korzystania z opieki konieczne jest uzyskanie pisemnego skierowania dla:

- w przypadku ograniczeń słuchowych i ograniczeń w komunikowaniu się – opieki dla osób z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu ukierunkowanej na ubezpieczonego z ograniczeniem słuchowym bądź też ograniczeniem w komunikowaniu się wynikającym z zaburzenia rozwoju wystawiania się.
 - skierowanie takie musi wydać lekarz specjalista lub fizyk medyczny audiolog z poradni audiologicznej. Skierowanie musi opierać się na wytycznych Federacji Holenderskich Ośrodków Audiologicznych (Federatie van Nederlandse Audiologische Centra, FENAC);
 - przy pojawieniu się nowych dolegliwości zdrowotnych, i o ile w międzyczasie w występującym zaburzeniu nie zaszły żadne zmiany, skierowanie może wypisać lekarz pierwszego kontaktu lub lekarz pediatra.
- w przypadku ograniczeń wzrokowych – opieki dla osób z upośledzeniem funkcji narządu zmysłu ukierunkowanej na ubezpieczonych z ograniczeniem wzrokowym.
 - Opieka dla tego wskazania wymaga skierowania od lekarza specjalisty, opartego na wytycznych dotyczących zaburzeń wzrokowych, rehabilitacji i skierowań Holenderskiego Towarzystwa Okulistów (Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, NOG);
 - przy pojawieniu się nowych dolegliwości zdrowotnych, i o ile w międzyczasie w występującym zaburzeniu nie zaszły żadne zmiany, skierowanie może wypisać lekarz pierwszego kontaktu lub lekarz pediatra.

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

Artykuł 27 Opieka medyczna i pielęgniarska

27.1. Domowe usługi pielęgniarskie

Do czego mam prawo?

Ubezpieczonemu przysługuje prawo do opieki medycznej i pielęgniarskiej świadczonej przez personel pielęgniarski (w jego domu). Opieka musi mieć związek z potrzebą opieki medycznej określoną w artykule 2.4 Rozporządzenia o ubezpieczeniu zdrowotnym lub wysokim ryzykiem wystąpienia takiej potrzeby. Domowe usługi pielęgniarskie dotyczą opieki we własnym otoczeniu, a więc w domu, ale i też na przykład w pracy lub miejscu, w którym

ubezpieczony przebywa w ciągu dnia. Opieka nie może iść w parze z pobytem w placówce, określonym w artykule 2.12 Uchwały w sprawie ubezpieczeń zdrowotnych i nie dotyczy opieki w połogu w myśl artykułu 2.11 tej Uchwały.

Jakie są warunki?

- Pielęgniarka/pielęgniarski posiadająca(-y) wyższe wykształcenie zawodowe (licencjackie lub magisterskie) i zarejestrowana(-y) zgodnie z ustawą BIG musi wcześniej ustalić, czy taka opieka jest potrzebna i jaki ma mieć zakres, posługując się w tym celu „Normami na potrzeby zalecania i organizowania opieki medycznej i pielęgniarskiej we własnym otoczeniu pacjenta” określonymi przez stowarzyszenie zawodowe personelu pielęgniarskiego i opiekunów (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, V&VN);
- w przypadku ubezpieczonych poniżej 18. roku życia pielęgniarka/pielęgniarski dziecięca(-y) posiadająca(-y) wyższe wykształcenie zawodowe (licencjackie lub magisterskie) i zarejestrowana(-y) zgodnie z ustawą BIG musi wcześniej ustalić, czy taka opieka jest potrzebna i jaki ma mieć zakres;
- wskazania stwierdzone przez innych specjalistów nie są objęte opieką przysługującą z ubezpieczenia;
- opieka jest świadczona przez specjalistę pielęgniarstwa, pielęgniarkę lub pielęgniarskiego albo opiekuna medycznego z ukończoną średnią szkołą zawodową (poziom 3.); opieka może być świadczona przez opiekuna pomocniczego (poziom 2.), jeśli ZEM uzgodni w umowie z odnośnym świadczeniodawcą dodatkowe warunki i wymogi jakościowe dotyczące zaangażowania opiekuna pomocniczego (poziom 2.);
- ubezpieczony ma obowiązek współpracy podczas wizyty w domu, kontroli telefonicznej lub pisemnej mającej na celu sprawdzenie, czy deklaracje są zgodne z prawdą;
- nie mogą Państwo przenosić na osoby trzecie roszczeń, jakie przysługują Państwu z naszej strony. Klauzula ta jest ujęta w artykule 3:83 ust. 2 Kodeksu cywilnego. Stałoby się tak w przypadku, gdyby udali się Państwo do świadczeniodawcy, z którym ZEM nie ma zawartej umowy. Przysługujące Państwu kwoty refundacji będą wypłacane zawsze na podany nam przez Państwa (ubezpieczającego) rachunek bankowy (IBAN). Nie mogą też Państwo wydać zgody osobie trzeciej na przyjmowanie płatności lub składanie u nas rachunków w Państwa imieniu. Muszą Państwo samodzielnie przedłożyć nam rachunki za świadczenia;
- w rachunku za otrzymaną opiekę (tzw. restitutenota) należy określić wskazanie (nazwisko osoby, która określiła to zalecenie opieki i liczbę zaleconych godzin) oraz nazwisko świadczeniodawcy. Informacja na temat diagnozy nie musi być podana.

Co nie jest refundowane?

Ubezpieczonemu nie przysługuje refundacja za:

- opiekę pielęgniarstwa dla dzieci do lat 18, mającą na celu wyeliminowanie ograniczeń w samodzielności przy wykonywaniu ogólnych codziennych czynności. Jeśli dziecko jest objęte medyczną opieką dla dzieci lub terminalną opieką paliatywną, cała opieka świadczona w domu w formie opieki medycznej i pielęgniarstwa przysługuje mu z ubezpieczenia podstawowego;
- opieka medyczna i pielęgniarstwa, gdy ubezpieczony ma wskazanie do opieki z tytułu ustawy WLZ. Nie ma to miejsca, gdy opieka pielęgniarstwa odbywa się pod bezpośrednim kierownictwem prowadzącego leczenie lekarza specjalisty. Wówczas opieka jest objęta ubezpieczeniem podstawowym;
- jeśli potrzebna jest tylko opieka i nie istnieją podstawy medyczne do jej udzielania, ubezpieczony podlega pomocy z tytułu ustawy o pomocy społecznej (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO). Dotyczy to na przykład pomocy przy wykonywaniu ogólnych czynności życia codziennego (ADL), gdy ubezpieczony nie jest wystarczająco samodzielny, na przykład w związku z chorobą psychiatryczną lub ograniczeniem psychiatrycznym bądź też upośledzeniem funkcji narządu zmysłu lub umysłowym.

Czy potrzebuję skierowania?

Aby ubiegać się o opiekę pielęgniarstwa nie potrzebują Państwo skierowania.

Czy muszę na to wcześniej uzyskać zgodę ZEM?

Ubezpieczony musi uzyskać uprzednią pisemną zgodę ZEM:

- gdy chce skorzystać z usług niedawno zakontraktowanego przez nas świadczeniodawcy w zakresie domowych usług pielęgniarstwa. Chodzi o świadczeniodawcę, z którym zawaraliśmy umowę na rok 2024, ale nie miał jeszcze z nami kontraktu w 2023 roku. Na stronie www.zem.nl/zorgzoeker można sprawdzić, którzy świadczeniodawcy spełniają ten warunek;
- gdy chce skorzystać z usług niezakontraktowanego świadczeniodawcy. Formularz wniosku o wydanie zgody można znaleźć na stronie www.zem.nl/downloads.

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

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

Ubezpieczony może być uprawniony do refundacji opieki pielęgniarstwa w formie osobistego budżetu na zakup opieki, tzw. PGB. Musi jednak uzyskać na to uprzednio pisemną zgodę ZEM. Za pomocą PGB może sam opłacić

domowe usługi pielęgniarskie. Oprócz wymogów określonych w artykule 27.1 obowiązują w tym przypadku również warunki Regulaminu dot. osobistego budżetu na zakup domowych usług pielęgniarskich. Zawiera on warunki jakie należy spełnić, aby móc ubiegać się o PGB. Można go znaleźć na stronie www.zem.nl/polisvoorwaarden.

27.3 Pobyt w placówce opieki poszpitalnej

Do czego mam prawo?

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

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

Jakie są warunki?

- Wskazanie musi wydać lekarz pierwszego kontaktu lub lekarz specjalista, lekarz SOR-u lub lekarz specjalista medycyny geriatrycznej, a przyjęcie do placówki odbędzie się w porozumieniu z prowadzącym w niej leczenie;
- opieka musi być świadczona przez opiekuna medycznego specjalizującego się w indywidualnej ochronie zdrowia (VIG), co najmniej z ukończoną średnią szkołą zawodową (poziom 3.). Główną osobą odpowiedzialną za opiekę ma być pielęgniarka/pielęgniarski posiadający wymagany poziom wiedzy i doświadczenia zawodowego co najmniej na poziomie 4.;
- przy przyjęciu do placówki ELV muszą istnieć perspektywy na powrót ubezpieczonego do jego domu, chyba że dotyczy to opieki paliatywnej;
- prowadzący leczenie w placówce ELV musi opracować plan opieki, podający szacowany czas pobytu;
- czas pobytu w placówce ELV musi wynosić co najmniej 24 godziny i nie może w zasadzie przekraczać 91 dni. Po 1095 dniach nie przysługuje już prawo do pobytu w placówce ELV;
- placówka ELV musi posiadać zezwolenie wydane na podstawie ustawy o dopuszczeniu podmiotów świadczących opiekę (Wet Toetreding Zorgaanbieders, WTza);
- do składanego rachunku za otrzymaną opiekę (restitutienota) należy dołączyć skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty. Informacja na temat diagnozy na skierowaniu nie musi być podana.

Co nie jest refundowane?

Ubezpieczonemu nie przysługuje prawo do opieki ELV, jeśli:

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

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

Artykuł 28. Kompleksowy program zmiany trybu życia

28.1 GLI dla dorosłych

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do:

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

Jakie są warunki?

- GLI przysługuje ubezpieczonym, u których występuje umiarkowane podwyższone zagrożenie dla zdrowia związane z wagą ciała (GGR), zgodnie z kryteriami do wskazań określonymi przez Holenderski Instytut ds. Opieki Zdrowotnej (Zorginstituut Nederland) i którzy są mocno zmotywowani do zmiany swojego stylu życia;
- ubezpieczony musi mieć ukończony 18. rok życia. Wyjątkiem są osoby ubezpieczone w wieku 16 i 17 lat, które mają umiarkowanie (lub bardziej) podwyższone GGR, i w odniesieniu do których prowadzący leczenie stwierdził, że mogą odnieść korzyść z opieki GLI, która jest przeznaczona dla osób dorosłych;
- świadczeniodawca oferujący poradnictwo w zakresie zmiany stylu życia musi być zarejestrowany w rejestrze jakościowym jako trener zdrowego stylu życia, poprzez wpis do rejestru Stowarzyszenia zawodowego holenderskich trenerów zdrowego stylu życia (BLCN) lub do rejestru prowadzonego przez jego własną paramedyczną grupę zawodową. W tym ostatnim przypadku musi on być wpisany do tego rejestru konkretnie jako trener zdrowego stylu życia;
- opieka GLI musi mieć przyznane pierwsze wskazanie skuteczności na fachowym portalu internetowym Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) Krajowego instytutu ds. zdrowia społecznego i ochrony środowiska (RIVM), a także być uznana za opiekę objętą ubezpieczeniem przez stowarzyszenie holenderskich ubezpieczycieli (Zorgverzekeraars Nederland);
- świadczeniodawca udzielający porad dotyczących stylu życia musi posiadać, i być w stanie okazać, ważną licencję od licencjodawcy oferowanego przez niego programu GLI lub sam być licencjodawcą takiego programu;
- przez cały czas świadczenia opieki GLI musi być w nią zaangażowany lekarz pierwszego kontaktu; świadczeniodawca GLI musi się z nim konsultować, regularnie przysyłać mu wyniki leczenia i w razie potrzeby naradzać się z nim w sprawie ewentualnej opieki dodatkowej;
- podczas świadczenia opieki GLI świadczeniodawca musi utrzymywać kontakt z lekarzem pierwszego kontaktu, z innymi świadczeniodawcami i, w razie potrzeby, ze środowiskiem ubezpieczonego;
- okres, przez jaki ubezpieczony (częściowo) otrzymywał opiekę GLI, i w którym był ubezpieczony przez innego ubezpieczyciela, wlicza się również do maksymalnego czasu trwania wynoszącego 24 miesiące.

Co nie jest refundowane?

Ubezpieczonemu nie przysługuje refundacja za:

- rzeczywistą pomoc przy uprawianiu sportu/treningach we własnym zakresie;
- opiekę GLI, która nie została uznana za skuteczną przez fachowy portal internetowy Loket Gezond Leven Krajowego instytutu ds. zdrowia społecznego i ochrony środowiska (RIVM) i/lub nie została uznana za opiekę objętą ubezpieczeniem przez stowarzyszenie holenderskich ubezpieczycieli (Zorgverzekeraars Nederland).

Czy potrzebuję skierowania?

Potrzebne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu, lekarza internisty lub kardiologa.

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

28.2 Kompleksowa pomoc dla dzieci z nadwagą i otyłością

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony ma prawo do:

- opieki polegającej na pomocy i koordynacji oferowanej przez centralnego świadczeniodawcę (centrale zorgverlener, CZV), która składa się z szeroko zakrojonego wywiadu chorobowego, ewentualnego etapu pośredniego, etapu leczenia, etapu utrzymania rezultatów leczenia i etapu nadzoru;

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

Jakie są warunki?

- Ubezpieczonemu przysługuje refundacja opieki ze strony centralnego świadczeniodawcy i opieki GLI, jeśli występuje u niego przynajmniej umiarkowane podwyższone zagrożenie dla zdrowia związane z wagą ciała (GGR), zgodnie z wytycznymi Towarzystwa Specjalistów Medycznych dotyczącymi nadwagi i otyłości u dorosłych i dzieci (FMS Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen) i jeśli jest mocno zmotywowany do zmiany swojego stylu życia;
- opieka GLI dla dzieci do 18. roku życia musi być nadzorowana i koordynowana przez centralnego świadczeniodawcę;
- świadczeniodawca oferujący poradnictwo w zakresie zmiany stylu życia musi być zarejestrowany w rejestrze jakościowym jako trener zdrowego stylu życia dla dzieci. Powinien być w tym celu wpisany do rejestru Stowarzyszenia zawodowego holenderskich trenerów zdrowego stylu życia (BLCN) lub do porównywalnego rejestru zatwierdzonego przez stowarzyszenie holenderskich ubezpieczycieli (Zorgverzekeraars Nederland);
- opieka GLI musi mieć przyznane pierwsze wskazanie skuteczności na fachowym portalu internetowym Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) Krajowego instytutu ds. zdrowia społecznego i ochrony środowiska (RIVM), a także być uznana za opiekę objętą ubezpieczeniem przez stowarzyszenie holenderskich ubezpieczycieli (Zorgverzekeraars Nederland);
- programy GLI objęte refundacją to: GLI-Amsterdam, YCND oraz GO!;
- świadczeniodawca udzielający porad dotyczących stylu życia musi posiadać, i być w stanie okazać, ważną licencję od licencjodawcy oferowanego przez niego programu GLI lub sam być licencjodawcą takiego programu;
- przez cały czas świadczenia opieki GLI musi być w nią zaangażowany centralny świadczeniodawca; świadczeniodawca GLI musi się z nim konsultować, regularnie przysyłać mu wyniki leczenia i w razie potrzeby naradzać się z nim w sprawie ewentualnej opieki dodatkowej;
- podczas świadczenia opieki GLI świadczeniodawca musi utrzymywać kontakt z centralnym świadczeniodawcą. Z kolei centralny świadczeniodawca musi dbać o koordynację działań z innymi świadczeniodawcami i, w razie potrzeby, ze środowiskiem ubezpieczonego;
- okres, przez jaki ubezpieczony (częściowo) otrzymywał opiekę GLI, i w którym był ubezpieczony przez innego ubezpieczyciela, wlicza się również do maksymalnego czasu trwania wynoszącego 24 miesiące;
- aby ZEM mogło zrefundować ten rodzaj opieki, gmina ubezpieczonego musi zapewnić, by spełnione zostały warunki ramowe. W przypadku tych warunków należy zapoznać się z najnowszą aktualizacją procesu inicjatywy na rzecz Zdrowej Wagi u Dzieci (Kind naar Gezond Gewicht, KnGG) i z najnowszymi opublikowanymi wytycznymi dla gmin;
- świadczona opieka musi być skuteczna. Ponieważ jest to nowa forma opieki i nie ma dla niej jeszcze dostępnej dostatecznie dużej oferty świadczeniodawców, w 2024 roku nie będzie ona jeszcze dostępna dla wszystkich ubezpieczonych.

Co nie jest refundowane?

Ubezpieczonemu nie przysługuje refundacja za:

- rzeczywistą pomoc przy uprawianiu sportu/treningach we własnym zakresie;
- opiekę GLI, która nie została uznana za skuteczną przez fachowy portal internetowy Loket Gezond Leven Krajowego instytutu ds. zdrowia społecznego i ochrony środowiska (RIVM) i/lub nie została uznana za opiekę objętą ubezpieczeniem przez stowarzyszenie holenderskich ubezpieczycieli (Zorgverzekeraars Nederland).

Czy potrzebuję skierowania?

Potrzebne jest pisemne skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu, lekarza pediatry lub lekarza opieki zdrowotnej nad małoletnimi.

Artykuł 29. Druga opinia

Do czego mam prawo?

Ubezpieczony może się zwrócić o przeprowadzenie oceny postawionej mu diagnozy/proponowanego leczenia lub stwierdzonego wskazania do domowych usług pielęgniarских do drugiego niezależnego:

- lekarza;
- innego rodzaju świadczeniodawców (np. do psychoterapeuty lub psychologa klinicznego);
- opieki pielęgniarki/pielęgniara posiadającej(-ego) wykształcenie wyższe (licencjackie lub magisterskie) i zarejestrowanej(-ego) zgodnie z ustawą BIG (w przypadku oceny wskazania do domowych usług pielęgniarских).

Jakie są warunki?

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

Co nie jest refundowane?

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

Czy potrzebuję skierowania?

Potrzebne jest pisemne skierowanie od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego. W przypadku domowych usług pielęgniarских nie jest potrzebne skierowanie.

Rubryka C Informacje

Czy mają Państwo dalsze pytania? Więcej informacji można znaleźć na stronie www.zem.nl.

Państwa osobisty portal

Osoby ubezpieczone w ZEM mogą korzystać z osobistego portalu internetowego. Dzięki tej usłudze można uzyskiwać informacje dotyczące deklaracji, udziału własnego, danych osobowych i danych dotyczących polisy. Ponadto za pośrednictwem osobistego portalu można przez internet deklorować rachunki za świadczenia. Mogą się Państwo do niego załogować przy pomocy elektronicznego podpisu DigiD na stronie www.zem.nl/persoonlijkportaal.

W jaki sposób otrzymam refundację zapłaconych rachunków?

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

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

- należy umieścić swój nr klienta (relatienummer) na oryginalnym rachunku i zadeklarować go przez internet za pośrednictwem konta MijnZZ (www.zem.nl/persoonlijkportaal). Oryginały rachunków należy przechowywać przez co najmniej 3 lata po przesłaniu ich elektronicznych wersji przez internet. W tym okresie możemy zwrócić się o przedłożenie rachunków do kontroli;
- termin nadsyłania rachunków mija 31 grudnia trzeciego roku następującego po roku, w którym odbyło się leczenie;
- w przypadku niektórych świadczeń medycznych ubezpieczony winien uprzednio uzyskać na nie zgodę; wykaz takich świadczeń znajduje się w niniejszych warunkach ubezpieczenia, w Rubryce B Zakres ubezpieczenia.

W jaki sposób otrzymam refundację rachunków zapłaconych za granicą?

W przypadku składania deklaracji dotyczących medycznych kosztów poniesionych za granicą, należy oprócz oryginalnych rachunków złożyć również formularz deklaracji. Można go pobrać ze strony www.zem.nl/downloads lub uzyskać w oddziałach ZEM. Oryginalny rachunek wraz z deklaracją można przesłać po naklejeniu odpowiedniego znaczka pocztowego na adres:

ZEM

t.a.v. de Afdeling Declaraties Buitenland (Dział deklaracji zagranicznych)

Postbus 428

2300 AK LEIDEN

Jeden rachunek bankowy IBAN

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

Ubezpieczenie dodatkowe

2024

Ubezpieczenie dodatkowe	3
Rubryka A Zakres ubezpieczenia.....	3
Artykuł 1 Obowiązkowe ryzyko własne	3
Rubryka B warunki ubezpieczenia dodatkowego AV-ZEM.....	4
1. Ogólne zasady	4
2. Złożenie wniosku, rozpoczęcie i zakończenie obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego	4
3. Składka.....	5
4. Zmiana wysokości składki i warunków.....	6
5. Pozostałe warunki.....	6
Rubryka C Informacje	9

Rubryka A Zakres ubezpieczenia

Niniejsza rubryka zawiera opis świadczeń i/lub refundacji (czyli zwrotu kosztów), do których mają Państwo prawo jako ubezpieczony. Poniższe artykuły określają, na jakich warunkach i do jakiej maksymalnej kwoty przysługuje Państwu prawo do refundacji świadczenia. Rada Członków podjęła decyzję w tym zakresie w dniu 26 października 2023 r. Refundacja świadczeń za koszty objęte dodatkowymi ubezpieczeniami ZEM odbywa się w oparciu o stawkę uzgodnioną przez nas lub w naszym imieniu ze świadczeniodawcą. Warunki ubezpieczenia oraz niniejsza rubryka tworzą razem warunki korzystania z dodatkowego ubezpieczenia ZEM.

Artykuł 1 Obowiązkowe ryzyko własne

Co podlega refundacji?

Mają Państwo prawo do refundacji kosztów, które muszą Państwo zapłacić sami z tytułu obowiązkowego ryzyka własnego określonego w ubezpieczeniu podstawowym ZEM.

Jaką refundację kosztów otrzymam?

AV-ZEM (Ubezpieczenie dodatkowe ZEM)
Maksymalnie 100%

Rubryka B warunki ubezpieczenia dodatkowego AV-ZEM

1. Ogólne zasady

1.1 Kto może zawrzeć dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne

AV-ZEM jest dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym oferowanym pod nazwą handlową ZEM, należącą do towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne jest dostępne wyłącznie dla wszystkich osób zobowiązanych do zawarcia ubezpieczenia na podstawie ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych, którzy mieszkają w Holandii lub innym kraju UE/EOG, którzy są na podstawie umowy zbiorowej dla migrujących pracowników tymczasowych zarejestrowani w ZEM, jak również dla osób, dla których zostało to dozwolone na mocy uchwały zarządu ZEM Mogą Państwo wykupić u nas ubezpieczenie dodatkowe, jeśli zawarli już Państwo u nas ubezpieczenie ZEM Polis lub zawrą je Państwo równocześnie z ubezpieczeniem dodatkowym.

1.2 Prawo holenderskie

W odniesieniu do niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego zastosowanie ma wyłącznie prawo holenderskie.

1.3 Wniosek o ubezpieczenie dodatkowe lub jego wypowiedzenie

Wniosek o ubezpieczenie dodatkowe lub jego wypowiedzenie można złożyć wyłącznie drogą elektroniczną.

2. Złożenie wniosku, rozpoczęcie i zakończenie obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego

2.1 Jak złożyć wniosek o ubezpieczenie dodatkowe

Wniosek o ubezpieczenie dodatkowe, o którym mowa w niniejszych warunkach ubezpieczenia, można złożyć u nas w formie cyfrowej. Jako osoba wnioskująca o ubezpieczenie dodatkowe, muszą Państwo zapewnić swoją współpracę przy uzyskiwaniu informacji, które uznamy za niezbędne do rozpatrzenia Państwa wniosku.

2.2 Wypełnienie wniosku w sposób kompletny i zgodny z prawdą

Składając wniosek o ubezpieczenie dodatkowe lub przekazując zmiany do dotychczasowej polisy ubezpieczeniowej należy przekazać nam informacje, które będą kompletne i zgodne z prawdą. W przeciwnym razie nie będziemy zobowiązani do refundacji jakichkolwiek kosztów i będziemy uprawnieni do rozwiązania Państwa umowy ubezpieczenia bez zachowania okresu wypowiedzenia. Dotyczy to również zatajenia istotnych informacji, które mogłyby być dla nas istotne przy podejmowaniu przez nas decyzji o zawarciu bądź niezawarciu z Państwem umowy ubezpieczenia na tych samych warunkach. W takim przypadku możemy powołać się na przepis zawarty w tytule 17 księgi 7 Kodeksu cywilnego i wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym. Jeżeli przy ustalaniu, czy przekazali nam Państwo wszystkie informacje zawarte we wniosku w sposób kompletny i zgodny z prawdą poniesiemy jakiegokolwiek koszty, zostaną Państwo nimi obciążeni.

2.3 Warunki dotyczące ubezpieczenia dodatkowego AV-ZEM

Do ubezpieczenia mają zastosowanie następujące warunki:

- a. zgłoszenie się do ubezpieczenia nie działa z mocą wsteczną;
- b. nie jest możliwe jednoczesne wykupienie dla siebie więcej niż jednego pakietu ubezpieczenia dodatkowego;
- c. ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane i obsługiwane za pośrednictwem internetu. Zawierając niniejszą polisę ubezpieczeniową, wyrażają Państwo zgodę na przesłanie Państwu przez ZEM polisy ubezpieczeniowej i innej korespondencji (np. deklaracji kosztów i faktur) w formie cyfrowej. Cała komunikacja pomiędzy Państwem a firmą ZEM odbywać się będzie przez internet;
- d. składkę za ubezpieczenie dodatkowe można zapłacić wyłącznie poprzez polecenie zapłaty.

2.4 Rozpoczęcie, czas trwania i zakończenie okresu objęcia ubezpieczeniem

- 2.4.1 Ubezpieczenie dodatkowe wejdzie w życie w dniu 1 stycznia roku kalendarzowego lub wcześniej – w dniu wejścia w życie Państwa ubezpieczenia podstawowego. Ubezpieczenie będzie obowiązywać przez rok kalendarzowy (jego pozostałe dni), w którym weszło w życie. Po zakończeniu tego roku kalendarzowego Państwa ubezpieczenie będzie co roku automatycznie przedłużane na kolejny okres jednego roku kalendarzowego, chyba że wypowiedzą Państwo swoją umowę ubezpieczenia najpóźniej do 31 grudnia bieżącego roku kalendarzowego.

- 2.4.2 Jeżeli w celu rozpatrzenia wniosku o objęcie ubezpieczeniem zażądamy od Państwa dodatkowych informacji, polisa ubezpieczeniowa wejdzie w życie dopiero pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymamy wymagane informacje.
- 2.4.3 Objęcie ubezpieczeniem zakończy się:
- po upływie ustalonego terminu, jeśli ubezpieczający wypowie umowę ubezpieczenia przed 1 stycznia danego roku (zob. 2.6.1);
 - w chwili, gdy ubezpieczony przestanie mieszkać na stałe w Holandii lub w innym kraju UE/EOG;
 - w razie śmierci ubezpieczającego lub ubezpieczonego;
 - w razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonego w związku ze zmianą warunków ubezpieczenia, pakietu ubezpieczeniowego i/lub składki, jak określono w artykule 4.2 lub w sposób, o którym mowa w artykule 4.3;
 - po wypowiedzeniu umowy przez ubezpieczyciela, zgodnie z artykułem 2.7.

2.5 Odrzucenie wniosku o ubezpieczenie

Możemy odrzucić Państwa wniosek, jeśli w przeszłości Państwa ubezpieczenie zostało zakończone z powodu nieopłacenia należnej składki. Możemy też odrzucić wniosek, jeśli wcześniejsza umowa ubezpieczenia została przedwcześnie rozwiązana w związku z sytuacją określoną w artykule 2.7 lub jeśli ubezpieczający i/lub ubezpieczony jest zarejestrowany w Systemie Zgłaszania Incydentów dla instytucji finansowych (Zewnętrznym Rejestrze Referencyjnym).

2.6 Kiedy można wypowiedzieć ubezpieczenie dodatkowe

- 2.6.1 Jako osoba ubezpieczająca mogą Państwo wypowiedzieć ubezpieczenie dodatkowe z dniem 1 stycznia każdego roku. Musimy jednak otrzymać Państwa wypowiedzenie najpóźniej w dniu 31 grudnia poprzedniego roku. Wypowiedzenia można też dokonać korzystając z usługi wypowiedzenia oferowanej przez holenderskich ubezpieczycieli zdrowotnych. Wydadzą Państwo wtedy zgodę ubezpieczycielowi oferującemu Państwa nowe ubezpieczenie na wypowiedzenie ubezpieczenia dodatkowego u poprzedniego ubezpieczyciela.
- 2.6.2 Jako ubezpieczający mogą Państwo dokonać wcześniejszego pisemnego wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego, jeśli wprowadzone zostaną zmiany w wysokości składki i/lub warunkach polisy, o których mowa w artykule 4.

2.7 Kiedy możemy wypowiedzieć Państwu ubezpieczenie dodatkowe

ZEM może wypowiedzieć Państwu ubezpieczenie dodatkowe na piśmie, ze skutkiem od dnia określonego przez ZEM, jeżeli:

- a. nie zapłacili Państwo w terminie składki ubezpieczeniowej, jak przewidziano w artykule 3.3;
- b. dojdzie do oszustwa (zob. artykuł 5.5);
- c. nie dostarczyli nam Państwo informacji lub też przekazali nam Państwo niepełne bądź nieprawdziwe informacje (zob. artykuł 2.2);
- d. nie są już spełniane warunki opisane w artykułach 1.1 i 2.3;
- e. z istotnych dla nas przyczyn wycofamy ubezpieczenie z rynku.

2.8 Powiadomienia

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

3. Składka

3.1 Kto opłaca składkę

Ubezpieczający ma obowiązek opłacania składki za każdą osobę objętą ubezpieczeniem. Obowiązek płacenia składki powstaje z dniem wejścia ubezpieczenia w życie i kończy się z dniem zakończenia objęcia ubezpieczeniem. W przypadku śmierci ubezpieczonego, składka jest należna do dnia jego śmierci, włącznie z tym dniem. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania z góry składek i innych kwot wynikających z (zagranicznych) przepisów lub regulacji prawnych za wszystkie ubezpieczone przez niego osoby.

3.2 Rozliczenie

Nie mogą Państwo rozliczać kwot należnych z Państwa strony (takich jak składka) z kwotami, które spodziewają się Państwo od nas otrzymać w związku z zadeklarowanymi kosztami.

3.3 Opóźnienia w płatnościach

- 3.3.1 Jeśli nie zapłacą Państwo na czas składki, opłat wynikających z przepisów prawnych, ryzyka własnego, udziału własnego lub kosztów, prześlemy Państwu wezwanie do zapłaty. W razie niedokonania zapłaty w określonym w wezwaniu terminie ustalonym na co najmniej czternaście dni, możemy rozwiązać umowę

ubezpieczenia. Jeśli rozwiążemy z Państwem umowę ubezpieczenia, można ją będzie zawrzeć ponownie po opłaceniu należnej składki i ewentualnych kosztów. Ubezpieczenie zacznie wówczas obowiązywać od dnia 1 stycznia następnego roku kalendarzowego.

- 3.3.2 Jeżeli ubezpieczający otrzymał już wezwanie do zapłaty w związku z nieterminowym opłacaniem składki, opłat wynikających z przepisów prawnych, ryzyka własnego, udziału własnego lub kosztów, przy następnym fakturze nie musimy mu już wysyłać osobnego pisemnego wezwania do zapłaty.
- 3.3.3 Jeśli będą Państwo zalegali z zapłatą całego naszego roszczenia i spełnione zostaną postanowienia artykułu 6:96 ust. 6 Kodeksu cywilnego, zapłacą nam Państwo pozasądowe koszty windykacji. Pozasądowe koszty windykacji są ustalane i obliczane zgodnie z Uchwałą w sprawie zwrotu pozasądowych kosztów windykacji przyjętą na podstawie artykułu 6:96 ust. 5 Kodeksu cywilnego.
- 3.3.4 Mają Państwo obowiązek terminowego opłacania składek. Jeśli nie zapłacą Państwo składki w wyznaczonym dla niej terminie płatności, nie mogą Państwo powoływać się na to, że składka nie została pobrana w terminie.

3.4 Podatek od ubezpieczeń

Jeśli będziemy musieli zapłacić za Państwa za granicą podatek z tytułu składek ubezpieczeniowych, obciążymy Państwa związanymi z tym kosztami. Mają Państwo obowiązek zapłaty tych podatków w wyznaczonym przez nas terminie. Jeżeli nie zapłacą nam Państwo tej kwoty w terminie, rozwiążemy Państwa umowę ubezpieczenia dodatkowego (zob. artykuł 3.3.1).

4. Zmiana wysokości składki i warunków

4.1 Zmiana wysokości składki i warunków na dzień przedłużenia polisy

Jesteśmy uprawnieni do zmiany wysokości składki ubezpieczenia dodatkowego z dniem 1 stycznia, czyli od dnia, w którym ubezpieczenie zostaje (automatycznie) przedłużone na jeden rok kalendarzowy. Państwo, jako ubezpieczający, zostaną o tym poinformowani z wyprzedzeniem na piśmie. Zmiana dotycząca składki i/lub warunków zostanie wprowadzona całościowo, co znaczy, że dotyczyć będzie wszystkich ubezpieczonych.

4.2 Zmiana wysokości składki i warunków w trakcie trwania ubezpieczenia

Możemy w dowolnej chwili wprowadzić zmiany dotyczące wysokości składki i warunków polisy ubezpieczenia dodatkowego. Państwo, jako ubezpieczający, zostaną o tym poinformowani z wyprzedzeniem na piśmie. Wyznamy wówczas datę wejścia zmiany w życie. Zmiana dotycząca składki i/lub warunków zostanie wprowadzona całościowo, co znaczy, że dotyczyć będzie wszystkich ubezpieczonych.

4.3 Prawo wypowiedzenia ubezpieczenia

Jeśli zmiana wprowadzona przez nas do warunków umowy i/lub składki ubezpieczeniowej zgodnie z artykułem 4.2 będzie dla Państwa niekorzystna, będzie Państwu przysługiwać prawo wypowiedzenia ubezpieczenia w terminie 30 dni od otrzymania przez Państwa powiadomienia o zmianie. Wypowiedzenie takie musi mieć formę pisemną i zostać przesłane do nas listem poleconym. Prawo do wypowiedzenia nie przysługuje Państwu w przypadku, gdy zmiana wynika ze środków, regulacji lub przepisów prawnych lub jeśli warunki ubezpieczenia zmieniają się na Państwa korzyść.

5. Pozostałe warunki

5.1 Jakie są Państwa obowiązki?

- a. Ubezpieczony jest zobowiązany do tego, aby poprosić lekarza prowadzącego lub specjalistę medycznego o przedstawienie przyczyn przyjęcia do szpitala doradcy medycznemu ZEM, gdy ten zechce je poznać;
- b. pomóc doradcy medycznemu lub innym osobom odpowiedzialnym za kontrolę w ZEM w zgromadzeniu wszystkich potrzebnych informacji (z uwzględnieniem przepisów o ochronie prywatności). Obejmuje to również udzielenie pomocy w uzyskaniu drugiej opinii niezależnego specjalisty, o ile zaleci to ZEM. Koszty związane z uzyskaniem drugiej opinii ponosi wówczas ZEM;
- c. ubezpieczony będzie informować ZEM o faktach, które mogą doprowadzić do uzyskania zwrotu kosztów od (możliwie) odpowiedzialnych osób trzecich. W związku z tym ubezpieczony bezpłatnie udzieli ZEM wszystkich niezbędnych wyjaśnień i/lub zapewni swoją współpracę;
- d. ubezpieczonemu nie wolno bez uzyskania pisemnej zgody ZEM zawierać porozumień z odpowiedzialnymi osobami trzecimi lub ich ubezpieczycielem w odniesieniu do kosztów, które są lub będą refundowane przez ZEM;
- e. w przypadku pozbawienia wolności objęcie ubezpieczonego ubezpieczeniem dodatkowym zostanie zawieszane w dniu, w którym zostanie on pozbawiony wolności, chyba że zawnioskuje do ZEM, aby tego nie robić. W przypadku zawieszenia, o którym mowa powyżej, ubezpieczony nie będzie zobowiązany do uiszczania

składek, a powstałe w tym czasie koszty medyczne nie będą refundowane z ubezpieczenia. Ubezpieczenie dodatkowe zacznie ponownie obowiązywać w dniu wyjścia ubezpieczonego na wolność, jeśli zostanie nam to zgłoszone w ciągu 30 dni od tej daty. Jeżeli nie zostaniemy o tym poinformowani w terminie, ubezpieczony zostanie ponownie objęty ubezpieczeniem dodatkowym dopiero od dnia zgłoszenia i ubezpieczenie nie będzie działać z mocą wsteczną od daty wyjścia na wolność;

- f. w przypadkach, gdy warunki polisy wymagają skierowania/zaświadczenia w celu zwrócenia się o opiekę medyczną, na żądanie ZEM należy przedłożyć stosowny oryginał skierowania/zaświadczenia od świadczeniodawcy;
- g. ubezpieczający/ubezpieczony ma obowiązek pisemnego informowania ZEM o każdej zmianie, która może mieć wpływ na prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia, tak szybko, jak to możliwe, a najpóźniej w ciągu 30 dni od chwili wystąpienia zmiany. Chodzi tu na przykład o następujące zmiany:
 - zawarcie małżeństwa lub związku partnerskiego;
 - rozwód lub zakończenie stałego związku partnerskiego;
 - zgon;
 - narodziny;
 - zmiana rachunku bankowego IBAN;
 - zmiana danych adresowych;
 - zmiana adresu e-mail;
 - pozbawienie i przywrócenie wolności.Jeśli w ciągu 30 dni ZEM nie otrzyma powiadomienia o zmianie, zacznie ona obowiązywać dopiero od daty jej zgłoszenia, a nie z mocą wsteczną od dnia zaistnienia zmiany. Wyjątkiem są następujące sytuacje: narodziny (zob. artykuł 2.1.2 warunków ubezpieczenia podstawowego), zgon i data pozbawienia wolności (zob. lit. e powyżej);
- h. jeśli jako ubezpieczający/ubezpieczony udzielili Państwo wyraźnej zgody na przesyłanie Państwu polisy i/lub innej korespondencji drogą elektroniczną, wszelka komunikacja pomiędzy Państwem a ZEM będzie się w miarę możliwości odbywać drogą cyfrową, o ile nie będzie to sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa i regulacjami;
- i. ubezpieczający/ubezpieczony ma obowiązek powstrzymania się od działań, które mogą szkodzić interesom ZEM;
- j. ubezpieczający/ubezpieczony musi dopilnować, aby w polisie znalazły się wszystkie niezbędne zmiany;
- k. skutki i koszty wszelkich następstw wynikających z niedotrzymania (w terminie) wyżej wymienionych zobowiązań ponosi ubezpieczający/ubezpieczony.

5.2 Wykluczenia

Nie przysługuje Państwu prawo do otrzymania opieki/refundacji kosztów, jeżeli:

- a. dana opieka lub świadczenia są lub mogą być opłacone na podstawie przepisów prawnych, takich jak ustawa o dzieciach i młodzieży (Jeugdwet), ustawa o długotrwałej opiece (WLZ) lub ustawa o pomocy społecznej (WMO);
- b. dana opieka lub świadczenia są lub mogą być opłacone z Państwa (podstawowego) ubezpieczenia zdrowotnego;
- c. dolegliwości powstały w wyniku lub zostały spowodowane wskutek konfliktu zbrojnego, wojny domowej, powstania, lokalnych rozruchów, zamieszek i buntów mających miejsce na terytorium Holandii, jak określono w artykule 3:38 Ustawy o nadzorze finansowym;
- d. szkoda została spowodowana, powstała przy okazji lub wynika z reakcji atomowej, niezależnie od tego, jak do niej doszło. Wyjątek ten nie obowiązuje w odniesieniu do szkody spowodowanej nuklidami radioaktywnymi znajdującymi się poza instalacją jądrową i wykorzystywanymi lub przeznaczonymi do użytku w celach przemysłowych, komercyjnych, rolniczych, medycznych, naukowych lub bezpieczeństwa, pod warunkiem że obowiązuje wydane przez władze pozwolenie na przetwarzanie, wykorzystanie, składowanie i utylizację substancji radioaktywnych. Pod pojęciem „instalacji jądrowej” rozumie się instalację jądrową w myśl Ustawy o odpowiedzialności z tytułu wypadków jądrowych (Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen) (Dziennik Ustaw 1979225). Wyjątkiem od zdania drugiego i trzeciego jest sytuacja, gdy na mocy holenderskiego lub zagranicznego prawa za doznaną szkodę odpowiada osoba trzecia;
- e. opieka jest świadczona przez Państwa samych, Państwa partnera, dziecko, rodzica lub (innego) współzamieszkałego członka rodziny, chyba że wydaliśmy na to wcześniej zgodę;
- f. ubezpieczony korzysta z opieki świadczonej poza Holandią, z wyjątkiem kosztów wymienionych w artykule 3 Rubryki A;
- g. ubezpieczony korzysta z leczenia, które wymagało uzyskania uprzedniej zgody i/lub skierowania, o którą(-e) ubezpieczony wcześniej się nie zwrócił lub które nie zostało wydane;
- h. opieka/koszty są skutkiem poważnego przewinienia lub celowego działania;
- i. opieka/koszty są skutkiem lub mają związek z atakami terrorystycznymi, o ile nie określono inaczej w Klauzuli aktów terroryzmu towarzystwa Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden NV (zob. na stronie www.terrorisneverzekerd.nl).

5.3 Podwójne objęcie ubezpieczeniem

- a. Nie przysługuje Państwu prawo do opieki lub refundacji kosztów świadczeń, jeśli mogą Państwo dochodzić refundacji za koszty tej opieki na mocy ustawowego ubezpieczenia, ubezpieczenia rządowego, jakiegokolwiek rodzaju dotacji lub też umowy innej niż niniejsza, na podstawie której mogliby Państwo dochodzić zwrotu kosztów, gdyby niniejsza umowa ubezpieczeniowa nie została zawarta;
- b. niniejsze ubezpieczenie zapewnia jedynie wypłatę nadwyżki powyżej refundacji, która zostaje lub zostałaby zapewniona na mocy ubezpieczeń i przepisów wymienionych w literze a, w przypadku, gdyby niniejsze ubezpieczenie nie istniało.

5.4 Przetwarzanie danych osobowych

Przetwarzamy Państwa dane osobowe zgodnie z przepisami prawa i regulacjami, takimi jak ogólne rozporządzenie o ochronie danych. O sposobie ich przetwarzania można przeczytać w naszym oświadczeniu o ochronie prywatności na naszej stronie internetowej.

5.5 Postępowanie w przypadku oszustw

W razie, gdyby Państwo lub inna osoba działająca w Państwa imieniu dopuściła się oszustwa, Państwa prawo do opieki zdrowotnej lub refundacji jej kosztów ulega przepadkowi. Będziemy wówczas dochodzić od Państwa zwrotu wszystkich kosztów zrefundowanych od dnia, w którym dopuszczono się oszustwa. Obciążymy też Państwa kosztami dochodzenia w tej sprawie.

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

W razie stwierdzenia oszustwa wpisujemy Państwa i/lub ubezpieczonego nie tylko do Wewnętrznego Rejestru Referencyjnego ale i do Zewnętrznego Rejestru Referencyjnego prowadzonego przez Fundację ds. Centralnego Systemu Informacyjnego (Stichting Centraal Informatiesysteem, CIS) w Hadze. Dochodzenie w sprawie popełnienia oszustwa zostanie przeprowadzone zgodnie z „Protokołem dotyczącym ubezpieczycieli i spraw kryminalnych” oraz „Protokołem dotyczącym systemu zgłaszania incydentów w instytucjach finansowych” (PIFI). W razie stwierdzenia oszustwa lub powzięcia uzasadnionych przypuszczeń co do jego popełnienia, możemy też złożyć zawiadomienie na policji.

5.6 Skargi i spory

Jeżeli będą Państwo niezadowoleni z wydanej przez nas decyzji lub świadczonych przez nas usług, mogą Państwo w ciągu 12 tygodni wnieść skargę.

Mogą ją Państwo łatwo złożyć poprzez wypełnienie formularza skarg zamieszczonego na naszej stronie internetowej www.zem.nl/klacht.

Skargę można też przesłać na piśmie do naszej Komisji ds. skarg: ZEM, t.a.v. de Klachtencommissie, Postbus 400, 2300 AK LEIDEN.

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

5.7 Postanowienie końcowe

W przypadkach, które nie zostały uregulowane niniejszymi warunkami ubezpieczenia, decyzje podejmuje Zarząd ZEM. Warunki zostały sporządzone przez Radę Członków dnia 26 października 2023 r. i wejdą w życie dnia 1 stycznia 2024 r.

Rubryka C Informacje

Czy mają Państwo dalsze pytania? Więcej informacji można znaleźć na stronie www.zem.nl.

Portal osobisty

Osoby ubezpieczone w ZEM mogą korzystać z osobistego portalu internetowego. Dzięki tej usłudze mogą uzyskiwać informacje dotyczące deklaracji, udziału własnego, danych osobowych i danych dotyczących polisy. Ponadto za pośrednictwem osobistego portalu można przysyłać przez internet rachunki za świadczenia w celu uzyskania refundacji. Do portalu można się zalogować przy pomocy swojego elektronicznego podpisu DigiD na stronie www.zem.nl/persoonlijkportaal.

