

Over deze kaart

Op deze kaart leest u wat de *Optimaal 2* van Zilveren Kruis voor u betekent. Het is een overzicht van de belangrijkste kenmerken van deze verzekering en daarom niet volledig. Lees hier de volledige [polisvoorwaarden](#).

Let op: deze kaart gaat alleen over de aanvullende zorgverzekering en niet over de basisverzekering. Meer info: [zk.nl](#).

Welk soort verzekering is dit?

Een aanvullende zorgverzekering is een aanvulling op uw verplichte basisverzekering. Deze verzekering vergoedt zorgkosten die uw basisverzekering niet of niet volledig vergoedt. U kiest zelf of u een aanvullende zorgverzekering afsluit.



Wat is verzekerd?

- ✓ In de polisvoorwaarden staat wat verzekerd is. Een overzicht van alles wat de verzekering vergoedt, vindt u in het [vergoedingenoverzicht](#). **Let op:** hieronder leest u alléén de belangrijkste vergoedingen.

Fysiotherapie

- ✓ Fysiotherapie, oefentherapie (cesar/mensendieck) en oedeemtherapie vergoeden wij tot maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar. Hieronder vallen ook maximaal 9 behandelingen manuele therapie per persoon per kalenderjaar.

Wij hebben afspraken gemaakt met een [ruim aantal](#) therapeuten.

Brillen en contactlenzen

- ✓ Wij vergoeden maximaal € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen.

Alternatieve zorg

- ✓ Alternatieve behandelingen en alternatieve geneesmiddelen vergoeden wij samen tot maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar. Voor de behandelingen geldt daarnaast een maximum van € 40,- per dag.

Tandarts

- ✓ Krijgt u 75% van uw tandartskosten vergoed vanuit de aanvullende tandartsverzekering? Dan vergoeden wij de overige 25% van de kosten vanuit de aanvullende verzekering voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zolang de maximale vergoeding van de door u gekozen aanvullende tandartsverzekering nog niet is bereikt.

Wij vergoeden de kosten van kronen, bruggen, inlays of implantaten voor verzekerden tot 18 jaar. U vraagt de behandeling vooraf bij ons aan.

Orthodontie

- ✓ Wij vergoeden tot maximaal € 2.500,- per persoon voor verzekerden tot 18 jaar. Dit is een maximumbedrag per persoon voor alle jaren dat u bij ons verzekerd bent.



Wat is niet verzekerd?

- ✗ De aanvullende zorgverzekering vergoedt geen kosten die al onder de basisverzekering vallen.
- ✗ Niet verzekerde tandartskosten zijn: tandheelkundige verklaringen en keuringsrapporten, niet nagekomen afspraken, niet-restauratieve behandelingen van cariës in het melkgebit, uitwendig of inwendig bleken van tanden en kiezen, fluoridebehandelingen, snurkbeugels, algehele narcose en lachgas, gedeeltelijk voltooid werk en tandartsabbonnementen.



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Als de zorgverlener of behandelaar een onredelijk hoge rekening stuurt, dan vergoeden wij maximaal de in Nederland [gangbare tarieven](#). Wij zetten ons in voor de kwaliteit van de zorg die wij u bieden. Daarom worden kosten van zorgverleners, geneesmiddelen en hulpmiddelen die niet aan onze kwaliteitseisen voldoen, niet (volledig) vergoed.

Afspraken met zorgverleners

- ! Wij streven naar afspraken met een [ruim aantal](#) fysio- en oefentherapeuten. Gaat u naar een therapeut waarmee wij geen afspraken hebben? Dan vergoeden we maar een deel van de kosten.

U vindt de zorgverleners die volledig vergoed worden in onze [zorgzoeker](#).

Extra informatie

Voor zorg van fysiotherapeuten waar wij geen afspraak mee hebben vergoeden we bij een naturapolis 75% van [het gemiddelde tarief](#) dat we hebben afgesproken met de gecontracteerde zorgverleners.

Spoeisende zorg in het buitenland

- ✓ Kosten van spoedisende zorg in het buitenland, als aanvulling op wat de basisverzekering vergoedt. Alleen bij tijdelijk verblijf in het buitenland, maximaal 365 dagen.

Tandarts na een ongeval

- ✓ Tandartskosten na een ongeval worden voor verzekerden vanaf 18 jaar vergoed tot maximaal € 10.000,- per ongeval. Orthodontie na een ongeval wordt niet vergoed.

Vergoeding van eigen bijdrage

- ✓ Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor:
 - geneesmiddelen: 100%
 - verloskamer: 100%
 - kraamzorg: maximaal € 4,40 per aantal benodigde uren per zwangerschap
 - hoortoestellen: 100% + € 25,- per toestel per kalenderjaar onderhoud en batterijen
 - pruiken: maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
 - volledige gebitsprothese: 100%
 - orthopedisch schoeisel: 100%
 - zittend ziekenvervoer: 100%



Waar ben ik gedekt?

- ✓ Deze aanvullende zorgverzekering geldt wereldwijd. Wij vergoeden maximaal wat een behandeling in Nederland kost.

Extra informatie

Dit geldt niet voor de vergoeding van spoedisende zorg in het buitenland. Deze vult de vergoeding tot Nederlands tarief uit de basisverzekering juist aan tot kostprijs.



Wat zijn mijn verplichtingen?

Verandert er iets in uw gezin? Geef dat dan aan ons door. Stuur rekeningen zo snel mogelijk naar ons toe.



Hoe en wanneer betaal ik?

U moet premie betalen voor verzekerden van 18 jaar en ouder. U kunt kiezen of u de premie maandelijks, per half jaar of per jaar betaalt. Betalen kan via een automatische incasso. Betaalt u de premie niet op tijd? Dan kunnen wij de verzekering beëindigen.



Wanneer begint en eindigt de dekking?

De verzekering begint op de datum die op uw polis staat. U kunt de verzekering elk jaar per 1 januari opzeggen. Zorg dan dat wij uiterlijk 31 januari uw opzegging hebben ontvangen.



Hoe zeg ik mijn contract op?

U kunt opzeggen via telefoon 071-751 00 33 of digitaal via [zk.nl](https://www.zk.nl). U kunt ook gebruik maken van de overstapservice bij uw nieuwe verzekeraar.