



**Verzekeringsvoorwaarden 2020
IZA Classic Comfort**



Welkom bij IZA

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor uw aanvullende verzekering bij IZA. U kunt voor meer informatie, bijvoorbeeld over declareren of onze zorgverzekeringspakketten, terecht op www.iza.nl.

Mijn IZA

Via 'Mijn IZA' kunt u onder andere uw polis wijzigen, de stand van uw eigen risico controleren en declaraties indienen.

Log in met uw DigiD en ontdek de mogelijkheden op www.mijniza.nl.

IZA Zorg app

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

Belangrijke informatie

Contact

Kijk op www.iza.nl/contact voor onze contactgegevens.

Gecontracteerde, aangewezen en erkende zorg

Onze gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op www.iza.nl/zorgzoeker.

Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke zorg u vooraf onze toestemming (een machtiging) nodig heeft? Dit vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. Ga naar iza.nl/machtiging voor alle informatie.

IZA Zorgverzekeraar
T.a.v. Machtigingen
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven

Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via www.mijniza.nl. Of nog sneller met de IZA Zorg app. U logt veilig in met uw DigiD. Het bedrag dat wij vergoeden, ontvangt u binnen 10 werkdagen op uw rekening. Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

IZA Zorgverzekeraar
Postbus 25030
5600 RS Eindhoven



Inhoud

I. Algemeen gedeelte	5
Artikel 1. Verzekerde zorg	5
Artikel 2. Algemene bepalingen	7
Artikel 3. Premie	8
Artikel 4. Overige verplichtingen	10
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	10
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	10
Artikel 7. Klachten en geschillen	12
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling	12
II. IZA Classic Comfort	13
Orthodontie	13
Artikel 9. Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	13
Tandheelkundige zorg	13
Artikel 10. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	13
Artikel 11. Kunstgebitten voor verzekerden van 18 jaar en ouder	15
Artikel 12. Kronen en bruggen	16
Artikel 13. Implantaten in de niet-tandeloze kaak	17
Paramedische zorg	17
Artikel 14. Beweegzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	17
Artikel 15. Ergotherapie	19
Artikel 16. Groepszwemmen voor reumapatiënten	19
Artikel 17. Voetbehandelingen	19
Artikel 18. Hulp door een diëtist	20
Artikel 19. Consult en advies voor vrouwen	20
Huidbehandelingen	21
Artikel 20. Camouflagetherapie	21
Artikel 21. Ontharing	21
Geneeskundige zorg en geestelijke geneeskundige zorg	21
Artikel 22. Reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie	21
Artikel 23. Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie	22
Artikel 24. Seksuologische zorg	22
Verblijf in een instelling	23
Artikel 26. Verblijf van de patiënt in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed	23
Artikel 27. Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel	23
Artikel 28. Verblijf in een hospice voor terminale patiënten	24
Artikel 29. Verblijf in een logeershuis	24
Hulpmiddelen	24
Artikel 30. Brillen en contactlenzen	24
Artikel 31. Steunzolen en therapiezolen	24
Artikel 32. Steun-/compressiekousen	25
Artikel 33. Steunpessarium	25
Artikel 34. Eigen bijdrage hoortoestellen	25
Artikel 35. Pruiken	25
Artikel 36. Hand- en/of vingerspalk	26
Artikel 37. ADL-Hulpmiddelen	26



Alternatieve geneeswijzen	26
Artikel 38. Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg	26
Artikel 39. Homeopathische en antroposofische (genees)middelen	27
Artikel 40. Behandeling in een kuuroord	27
Geneesmiddelen en vitamines	28
Artikel 41. Geneesmiddelen	28
Artikel 42. Vitamines	28
Preventieve zorg	28
Artikel 43. Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar	28
Artikel 44. Mantelzorgmakelaar	29
Artikel 45. Vervangende mantelzorg	29
Artikel 46. Sportmedisch advies	29
Artikel 47. Preventieve cursussen voor gezondheidsbevordering en -opvoeding	30
Artikel 48. Gezondheidstest	30
Artikel 49. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij reis naar het buitenland	31
Artikel 50. Valpreventie	31
Buitenland	32
Artikel 51. Spoedeisende en niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland	32
Artikel 52. Repatriëring	33
 III. Begripsomschrijvingen	 34



I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgverlener moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgverleners de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgverlener moet voldoen. Voor een aantal vormen van zorg hebben we zorgverleners gecontracteerd, aangewezen of erkend.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op onze website.

1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.3.1. Zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener

Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgverleners overeengekomen tarief.

1.3.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel.

U kunt uw vordering op ons voor mindfulness bij burn-out klachten of seksuologische zorg niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

1.3.3. Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel.

1.4. Insturen van nota's

Veel zorgverleners sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgverlener.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar www.mijniza.nl. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.



1.5. **Rechtstreekse betaling**

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgverlener. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.6. **Verrekening van kosten**

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw aanvullende verzekering(en) of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7. **Verwijzing, voorschrift of toestemming**

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

Verwijzing of voorschrift

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

Toestemming (machtiging)

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

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgverlener beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.8. **Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?**

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgverlener de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld bij een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.9. **Uitsluitingen**

U heeft geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u verschuldigd bent op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in



aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;

- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

1.10. **Recht op (vergoeding van de kosten van) zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen**

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. **Grondslag van de aanvullende verzekering**

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven.

2.2. **Aanvullende verzekering**

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op IZA Classic Comfort, in deze verzekeringsvoorwaarden te noemen aanvullende verzekering.

2.3. **Bijbehorende documenten**

In deze verzekeringsvoorwaarden verwijzen we naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgverleners;
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
- Convenant Samenloop Reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

U vindt deze documenten op onze website

2.4. **Fraude**

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.



Aangifte en registratie

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

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

Beëindiging verzekering(en)

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

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

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

Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

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

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. De premies en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.

3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3. U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.



3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.3.1.** U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is afgesproken. Als u de premie per kwartaal, halfjaar of jaar vooraf betaalt, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting staat op het polisblad.
- 3.3.2.** Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. U betaalt geen kosten voor de polis. Meer informatie en de hoogte van de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3.** U betaalt de premie, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is afgesproken.

Kosteloze betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn Omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling, dit kan – als u wilt – direct via IDEAL. c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie. Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden dan betaalt u € 1,50 per papieren factuur. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruikmaakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

- 3.3.4.** Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatisch incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een (papieren) factuur. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1.** Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen als u niet op tijd betaalt. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.5.2.** Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:
- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
 - incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.5.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4.** Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.5.** Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.



Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie, einde dienstverband bij een collectiviteit of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering van ons aanvangt, per datum waarop u deelneemt aan de collectieve overeenkomst of op 1 januari van een kalenderjaar.

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin deze aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie

6.2.1. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

U kunt de aanvullende verzekering als aanvulling op een zorgverzekering van de zorgverzekeraar sluiten.

6.2.2. Medische selectie

Voor de aanvullende verzekering(en) geldt geen medische en/of tandheelkundige selectie.

6.2.3. Gezinsdekking

Heeft een van de verzekerde ouders/verzorgers een IZA Classic Comfort, dan krijgen de kinderen jonger dan 18 jaar de aanvullende verzekering met het pakket van de andere verzekerde ouder/verzorgers. Als beide ouders/verzorgers een IZA Classic Comfort hebben afgesloten, dan worden kinderen jonger dan 18 jaar ook ingeschreven voor een IZA Classic Comfort.



6.2.4. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.3. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2020 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2020. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden. Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel 6.4).

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen IZA. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3. Einde van rechtswege

6.3.1. De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekerde geen deel meer uitmaakt van het gezin van de verzekeringnemer. Vanaf deze dag bieden wij u een passende individuele aanvullende verzekering aan;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt, op voorwaarde dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

6.4.3. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de aanvullende verzekering zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering (en) op te zeggen.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen.

Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.



Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Indienen klacht

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

-
- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
 - Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
 - Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan kunt u dit ook door iemand anders laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.
-

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice, kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U heeft recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgverlener die deze zorg mag leveren volgens de aanvullende verzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg, denk hierbij aan het zoeken naar een zorgverlener met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.



II. IZA Classic Comfort

ORTHODONTIE

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. Deze lijst is gesplitst in drie categorieën (A, B en C) met daarbij behorende tarieven. In de aanvullende verzekering kunnen alleen de tarieven die horen bij categorie A worden gedeclareerd

Artikel 9. Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Indicatie

1. Een orthodontische afwijking door een recent trauma (ongeval) of chirurgische ingreep (geen extractie) als de noodzaak tot behandeling het direct gevolg is van dat trauma of die ingreep.
2. Een orthodontische afwijking door geretineerde frontelementen als er een noodzaak aanwezig is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling.
3. Overige orthodontische zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Orthodontist of tandarts.

Toestemming

U heeft voor de indicaties onder 1 en 2 vooraf onze toestemming nodig.

Vergoeding

Orthodontische behandeling bij indicatie 1 en 2: 80% van de kosten.

Overige orthodontische behandelingen (indicatie 3): 80% van de kosten tot maximaal € 300 voor de hele looptijd van de verzekering.

Niet vergoed worden

De kosten door onzorgvuldig gebruik van orthodontische apparatuur en niet-nagekomen afspraken.

TANDHEELKUNDIGE ZORG

Prestatiebeschrijvingen tandheeskunde

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering van de tarievenlijsten tandheeskundige zorg en orthodontische zorg. Deze tarievenlijsten met maximumtarieven worden vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Artikel 10. Tandheeskundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, mondhygiënist, orthodontist of kaakchirurg. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties (trekken van kiezen). De mondhygiënist mag de zorg verlenen als die behoort tot zijn deskundigheidsgebied.

10.1. Algemene mondzorg

Omschrijving

Onder algemene mondzorg verstaan wij:

- Consultatie en diagnostiek (C-codes);
- Maken en/of beoordelen foto's (X-codes);



- Vullingen (V-codes);
- Verdoving (A en B-codes);
- Wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- Chirurgie (H-codes);
- Eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- Second opinion TIP (U20).

Vergoeding

80% van de kosten.

Niet vergoed worden

- Studiemodellen (C29).
- Inwendig en uitwendig bleken (E90, E95, E97, E98).
- Keuringsrapporten.
- Algehele narcose of sedatie en voorbereiding behandeling onder volledige narcose (C84, A20).
- Sealen en polijsten (V30, V35, V40).
- Kosten van niet-nagekomen afspraken.

Bijzonderheden

1. Voor röntgenfoto's (X10) geldt een maximum van 6 foto's per kalenderjaar, voor het vaststellen van het kalenderjaar is de datum van behandeling bepalend.
2. Voor overige röntgenfoto's van het gebit of de kaak (X21, X22, X24, X25) geldt dat er per 2 kalenderjaren slechts 1 röntgenfoto wordt vergoed. Deze periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling ligt en het hieraan voorafgaande kalenderjaar.

10.2. Preventieve mondzorg (M-codes)

Vergoeding

80% van de kosten tot een maximum van € 150 per kalenderjaar.

De kosten van gebitsreiniging (M03) vergoeden wij tot maximaal 60 minuten per kalenderjaar.

Niet vergoed wordt

Mondbeschermer (M61).

10.3. Tandvleesbehandelingen (T-codes)

Vergoeding

80% van de kosten tot max. € 325 per kalenderjaar.

Niet vergoed worden

- Tandvleescorrectie (T82, T83).
- Materiaalkosten bij aanbrengen regeneratiemateriaal (T84, T85).

10.4. Kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes)

Vergoeding

Onderstaande prestatiecodes worden vergoed	Vergoeding inclusief materiaal- en techniekkosten tot maximaal
Uitgebreid functie-onderzoek G01	€ 96
Gedocumenteerde verwijzing G03	€ 43
Occlusale spalk G62	€ 194
Repositiespalk G63	€ 245
Controlebezoek spalk G64	€ 19
Indirect planmatig inslijpen G65	€ 210
Opbeetplaat G69	€ 99
Reparatie occlusale- of repositiespalk, met afdruk G68	€ 92



Artikel 11. Kunstgebitten voor verzekerden van 18 jaar en ouder

11.1. Volledige kunstgebitten

Omschrijving

Vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering.

Onder de vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage valt:

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

Vergoeding

20% van de eigen bijdrage.

11.2. Gedeeltelijke kunstgebitten (P-codes)

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of tandprotheticus. De tandprotheticus mag de zorg verlenen als die behoort tot zijn deskundigheidsgebied.

Vergoeding

Onderstaande prestatiecodes worden vergoed	Vergoeding inclusief materiaal- en techniekkosten tot maximaal
Tissue conditioning P56	80% van de kosten
Gedeeltelijk kunstgebit van kunsthars 1-4 elementen P10	€ 135
Gedeeltelijk kunstgebit van kunsthars 5-13 elementen P15	€ 255
Toeslag individuele afdruk met randopbouw P16	€ 75
Toeslag voor beetregistratie met specifieke apparatuur P17	80% van de kosten
Toeslag voor gegoten anker P18	€ 50
Frame kunstgebit 1-4 elementen P34	€ 460
Frame kunstgebit 5-13 elementen P35	€ 560
Wortelkap met stift P31	€ 205
Toeslag per precisiekoppeling per koppeling/ staafhuls P32	€ 240
Toeslag voor telescoopkroon P33	80% van de kosten
Toeslag immediaat kunstgebit P40	80% van de kosten
Toeslag per overkapt element P29	80% van de kosten
Opvullen indirect zonder randopbouw P51	€ 80
Opvullen indirect met randopbouw P52	€ 110
Opvullen direct met/zonder randopbouw P53, P54	80% van de kosten
Reparatie kunstgebit zonder afdruk P57	€ 45
Reparatie kunstgebit met afdruk P58	€ 45
Uitbreiding gedeeltelijk kunstgebit P79	€ 85

Bijzonderheden

De reparatie van een gedeeltelijk kunstgebit of frame (kunstgebit met metaalbasis) wordt ook vergoed als de reparatie is verricht door een gediplomeerd tandtechnicus.



Artikel 12. Kronen en bruggen

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of kaakchirurg.

12.1. Inlays, kronen en bruggen (R-codes)

Vergoeding

Onderstaande prestatiecodes worden vergoed	Vergoeding inclusief materiaal- en techniekkosten tot maximaal
Tweevlaksinlay R12	€ 175
Drievlaksinlay R13	€ 235
Kroon R24	€ 280
Eerste brugtussendeel R40	€ 205
Tweede en volgende brugdeel in hetzelfde tussendeel R45	€ 95

Bijzonderheden

Per 3 aaneengesloten kalenderjaren worden bij plaatsing van inlays, kronen en/of brugtussendelen maximaal 6 elementen vergoed. Deze periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling ligt en de 2 hieraan voorafgaande kalenderjaren. Als behandeldatum geldt het moment van – al dan niet voorlopige – plaatsing.

12.2. Restauraties diversen (R-codes)

Vergoeding

Onderstaande prestatiecodes worden vergoed	Vergoeding inclusief materiaal- en techniekkosten tot maximaal
Roestvrijstalen kroon, kunstharsvoorziening R29	€ 39
Opbouw plastisch materiaal R31	€ 24
Gegoten opbouw, indirecte methode R32	€ 110
Gegoten opbouw, directe methode R33	€ 115
Brugverankering, per anker R46	€ 39
Plakbrug zonder preparatie R60	€ 245
Plakbrug met preparatie R61	€ 285
Toeslag volgende brugdeel R65	€ 145
Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee R66	€ 32
Toeslag voor kroon onder bestaand frame-anker R70	€ 46
Vernieuwen porselein schildje R71	€ 106
Vernieuwen schildje plastisch materiaal R72	€ 26
Opnieuw vastzetten niet plastische restauraties R74	€ 26
Opnieuw vastzetten plakbrug R75	€ 42
Toeslag voor gegoten opbouw onder bestaande kroon R76	€ 20
Moeizaam verwijderen van oud kroon- en brugwerk per (pijler)element R77	€ 21
Schildje zonder preparatie R78	€ 170
Schildje met preparatie R79	€ 200



Artikel 13. Implantaten in de niet-tandeloze kaak

Omschrijving

Implantaten in de niet-tandeloze kaak voor zover er geen recht is op vergoeding vanuit de zorgverzekering. De vergoeding is inclusief honoraria, materiaal- en techniekkosten.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of kaakchirurg.

Vergoeding

Maximaal € 850 per 3 aaneengesloten kalenderjaren. Deze periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling ligt en de 2 hieraan voorafgaande kalenderjaren. Als behandeldatum geldt het moment van – al dan niet voorlopige – plaatsing.

Wilt u een implantaat laten plaatsen? Laat de behandeling uitvoeren door een door ons gecontracteerde tandarts-implantoloog of kaakchirurg. Dan bent u verzekerd van goede zorg. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 14. Bewegzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

U krijgt een budget voor bewegzorg. Dat kunt u inzetten voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie zoals hierna beschreven in artikel 14.1. en 14.2.

Wat is uw budget voor alle bewegzorg samen?

Aandoeningen zoals vermeld in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: de eerste 20 behandelingen per aandoening.

Overige aandoeningen: maximaal 14 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

Toelichting:

- Een eenmalig (oefen)therapeutisch onderzoek wordt vergoed op basis van 2 behandelingen individuele fysiotherapie.
- Als meerdere vormen van fysiotherapie naast elkaar worden verleend voor dezelfde aandoening wordt slechts vergoeding verleend voor één vorm van fysiotherapie.

14.1. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

1. Fysiotherapie
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Uw budget voor bewegzorg staat bij Artikel 14.

Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapie: fysiotherapeut, kindersfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel fysiotherapeut.
Let op: Onder manueel therapeuten worden ook gerekend de Egg Shell®therapeuten die werken volgens de methode Van der Bijl.
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut.

Voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebben wij alleen contracten met zorgverleners die voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep.



Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan gelden de maximumbedragen per behandeling zoals vermeld op onze website. Het kan zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Bijzonderheden

Dit krijgt u niet vergoed:

- Arbocuratieve zorg. Dit is zorg om arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen te behandelen of te genezen
- Re-integratietrajecten. Het doel van re-integratie is dat de arbeidsongeschikte werknemer weer aan het werk kan
- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining

De behandelingen die u uit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen vanaf de 21e behandeling.
- Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie: de 1e 9 behandelingen
- Oefentherapie
 - Bij etalagebenen: de 1e 37 behandelingen
 - Bij artrose van heup- of kniegewricht: de 1e 12 behandelingen
 - Bij COPD vanaf stadium Gold II: de zorgverzekering vergoedt een maximaal aantal behandelingen oefentherapie.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.

14.2. Oedeemtherapie

Omschrijving

Oedeemtherapie.

Uw budget voor beweegzorg staat bij Artikel 14.

Wie mag de zorg verlenen

Oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

Voor oedeemtherapie hebben wij alleen contracten met zorgverleners die voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan gelden de maximumbedragen per behandeling zoals vermeld op onze website. Het kan zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

De behandelingen die u uit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.



Artikel 15. Ergotherapie

Omschrijving

Aanvullende vergoeding voor ergotherapie op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 10 behandeluren ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling op de vergoeding uit de zorgverzekering.

Wie mag de zorg verlenen

Ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan gelden de maximumbedragen per behandeling zoals vermeld op onze website.

Let op

Wij hebben voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Vergoeding

Maximaal 5 uur per kalenderjaar

Artikel 16. Groepszwemmen voor reumapatiënten

Omschrijving

Therapeutisch zwemmen voor reumapatiënten met meerdere reumapatiënten tegelijk in extra verwarmd water.

Wie mag de zorg verlenen

Fysiotherapeut.

Verwijsbrief nodig van

Medisch specialist.

Vergoeding

Volledig.

Artikel 17. Voetbehandelingen

U krijgt een budget voor voetbehandelingen. Dat kunt u inzetten voor de reumatische voet en diabetische voet en voor podotherapie zoals hierna beschreven in artikel 17.1. en 17.2.

Het totale budget voor voetbehandelingen bedraagt

Maximaal € 115 per kalenderjaar.

17.1. Voetbehandeling voor de reumatische voet en diabetische voet

Omschrijving

1. Voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis;
2. Voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1. Het doel van de behandelingen is (pijn)klachten en wonden door huid- en nagelaandoeningen en/of door overmatige druk op voet of nagels te verminderen of te voorkomen.

De zorgverlener kan in overleg met u ook extra verzorgende voetzorg uitvoeren die niet in het behandelplan staat. Hieronder valt bijvoorbeeld het knippen van gezonde nagels en het verwijderen van eelt dat geen risico geeft op een wond, het masseren van voeten en andere verzorgende behandelingen. Het is belangrijk over deze niet-medisch noodzakelijke voetzorg vooraf te overleggen, omdat deze kosten niet worden vergoed.



Wie mag de zorg verlenen

1. Een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici;
2. Een medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
3. Een pedicure met aantekening 'Reumatische voet' of 'Diabetes voet';
4. Een pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo;
5. Een pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

Bijzonderheden

1. Uw podotherapeut of pedicure moet het zorgprofiel op de nota vermelden.
2. U heeft recht op bepaalde voetzorg bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole en voetverzorgingsadviezen. Vanaf zorgprofiel 2 en hoger heeft u ook recht op meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering in het artikel Huisartsenzorg.

Zorgprofielen

Uitleg over zorgprofielen vindt u op onze website in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u heeft.

17.2. Podotherapie

Omschrijving

Behandelingen van voetafwijkingen. Dit zijn: huid- en nagelaandoeningen, voetklachten of klachten aan het houdings- en bewegingssysteem door een afwijkend functioneren en/of afwijkende stand van de voeten.

Wie mag de zorg verlenen

Podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Artikel 18. Hulp door een diëtist

Omschrijving

Voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 3 behandeluren diëtietiek. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Wie mag de zorg verlenen

Diëtist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde diëtisten vindt u op onze website.

Wordt de zorg verleend door een diëtist waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de "Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen", op onze website.

Vergoeding

Maximaal 2 behandeluren per kalenderjaar

Artikel 19. Consult en advies voor vrouwen

Omschrijving

Voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen met gezondheidsproblemen die veroorzaakt worden door het hormonale systeem zoals o.a. de overgang of de menstruatie.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

Vergoeding

Maximaal € 50 per consult voor maximaal 4 consulten voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering.



HUIDBEHANDELINGEN

Artikel 20. Camouflagetherapie

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van behandeling, inclusief de benodigde middelen van zichtbare aandoeningen in het gelaat en/of hals die niet operatief kunnen worden verwijderd.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website.

Indicatie

Zichtbare aandoeningen die niet operatief kunnen worden verwijderd.

Vergoeding

Maximaal € 165 per 3 kalenderjaren.

Deze periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling ligt en de 2 hieraan voorafgaande kalenderjaren.

Artikel 21. Ontharing

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat van een vrouw.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website.

Vergoeding

Maximaal € 445 per kalenderjaar.

GENEESKUNDIGE ZORG EN GEESTELIJKE GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 22. Reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie

Omschrijving

Vormverbeterende ingreep:

- na verminking door een ongeval of ziekte;
- bij een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is of;
- voor het opheffen van objectiveerbare functiestoornissen voor zover het een indicatie betreft zoals hieronder vermeld.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Indicatie

1. Correctie van de bovenoogleden of levatorplastiek:
 - als de pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt of;
 - als er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;
 - bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid.
2. Het operatief plaatsen of het operatief vervangen van een borstprothese anders dan bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, behalve als u recht heeft op deze zorg op basis van uw zorgverzekering.
3. Het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.



4. Buikwandcorrectie indien sprake is van een overhangende buikhuidplooi waarbij de diepte van de plooi - aan de binnenzijde gemeten - 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aanneemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte. Uw BMI is maximaal 30. Voor een buikwandcorrectie na bariatrische chirurgie mag uw BMI niet hoger zijn dan 35 ($BMI \leq 35$).

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een medische verklaring en een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en omvang van de afwijking wordt vermeld en de toe te passen behandeling. Voor het aanvragen van toestemming voor de correctie van bovenoogleden of levatorplastiek, vragen wij u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder 'Indicatie', goed zichtbaar is.

Vergoeding

Volledig.

Bijzonderheden

1. Als geen sprake is van een ingreep op grond van bovengenoemde medische indicaties wordt geen vergoeding verleend, tenzij wij vinden dat er bijzondere medische omstandigheden zijn, die een vergoeding tot maximaal 50% van de kosten rechtvaardigen.
2. Correctie van bovenoogleden als sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening is opgenomen in de zorgverzekering.

Artikel 23. Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie

Omschrijving

(Vergoeding van de kosten van) sterilisatie en een hersteloperatie van sterilisatie.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist of - als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat - een huisarts.

Vergoeding

100% van de kosten.

Artikel 24. Seksuologische zorg

Omschrijving

Zorg door een seksuoloog die zich richt op het vakgebied van de seksuologie. Dit vakgebied richt zich op een groot aantal aspecten zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies, ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

Wie mag de zorg leveren

Seksuoloog. De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologen (NVVS).

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts.

Vergoeding

Maximaal € 60 per zitting tot maximaal 4 zittingen per kalenderjaar.

Bijzonderheden

Een zitting duurt minimaal 60 minuten.



Artikel 25. Mindfulness bij burn-out klachten

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

Wie mag de zorg verlenen

Mindfulness trainers aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).

U kunt uw vordering op ons voor mindfulness bij burn-out klachten niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of bedrijfsarts.

Indicatie

Burn-out klachten.

Vergoeding

Maximaal € 350 per kalenderjaar.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 26. Verblijf van de patiënt in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed

Omschrijving

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

Vergoeding

Volledig.

Artikel 27. Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel

Omschrijving

1. Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel, of;
2. meerdaagse vakantiereis.

Wie mag de zorg verlenen

- Een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Voor het aanvragen van een verblijf in een herstellingsoord of zorghotel kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website. De adviseur bespreekt met u of u aanspraak kunt maken op eerstelijnsverblijf vanuit de Zorgverzekeringswet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) of Wet Langdurige Zorg (Wlz). Een overzicht van de door ons gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels vindt u op onze website. Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.
- Voor zorg als vermeld bij 'Omschrijving' onder punt 2 Stichting de Zonnebloem.

Indicatie, alleen voor zorg zoals vermeld bij 'Omschrijving' onder punt 1.

1. Aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond.
2. Als uw mantelzorg overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is.
3. Als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of burn-out.



Vergoeding

75% van de kosten voor maximaal 6 weken.

Artikel 28. Verblijf in een hospice voor terminale patiënten

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio vindt u op onze website. Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Maximaal € 130 per dag.

Artikel 29. Verblijf in een logeerhuis

Omschrijving

Verblijf in een Ronald McDonald Huis, Kiwanishuis of vergelijkbaar logeerhuis dat is verbonden aan een in Nederland gelegen ziekenhuis.

Vergoeding

Maximaal € 18 per dag.

Bijzonderheden

Vergoeding wordt uitsluitend verleend voor verblijf van naaste familie of verzorgers van minderjarige kinderen of van patiënten die verblijven in de in dit artikel genoemde huizen.

HULPMIDDELEN

Artikel 30. Brillen en contactlenzen

Omschrijving

1. Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van brillenglazen en contactlenzen met een sterkte vanaf 0,25D, inclusief bijbehorende brilmonturen en de kosten van aanmeting.
2. Een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserbehandeling of lensimplantatie. De vergoeding geldt ook voor de meerkosten van een multifocale of torische lens bij een cataractoperatie (staaroperatie).

Vergoeding

Per periode van 2 aaneengesloten kalenderjaren maximaal € 186. De periode van 2 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin de behandeling of aanschaf plaatsvond en het hieraan voorafgaande kalenderjaar.

Bijzonderheden

1. Bij een staaroperatie wordt binnen de genoemde periode van 2 aaneengesloten kalenderjaren 1 extra bril of paar contactlenzen vergoed tot maximaal € 186. De periode van 2 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin de behandeling of aanschaf plaatsvond en het hieraan voorafgaande kalenderjaar.
2. De kosten van aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.

Artikel 31. Steunzolen en therapiezolen

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van maatwerk inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.



Wie mag de zolen leveren

Podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM). SEMH staat voor Stichting Erkenningregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen.

Vergoeding

Maximaal € 190 per kalenderjaar.

Artikel 32. Steun-/compressiekousen

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van steun-/compressiekousen drukklasse 1.

Vergoeding

Maximaal 4 paar per kalenderjaar.

Bijzonderheden

Vergoeding wordt uitsluitend verleend als een recent voorschrift van huisarts of medisch specialist met de rekening wordt meegestuurd.

Artikel 33. Steunpessarium

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

Vergoeding

Volledig.

Bijzonderheden

Vergoeding wordt uitsluitend verleend als een recent voorschrift van huisarts of medisch specialist met de rekening wordt meegestuurd.

Artikel 34. Eigen bijdrage hoortoestellen

Omschrijving

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor een hoortoestel en tinnitusmaskeerder die u uit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Vergoeding

Maximaal € 200.

Artikel 35. Pruiken

Omschrijving

Gedeeltelijke vergoeding van het verschil tussen de aanschafwaarde en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding

Maximaal € 100.

Bijzonderheden

De vergoeding wordt uitsluitend verleend per pruik die vergoed of verstrekt is op grond van de zorgverzekering.



Artikel 36. Hand- en/of vingerspalk

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een hand- en/of vingerspalk. De hand- en/of vingerspalk wordt tijdelijk ingezet als onderdeel van een behandeling om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.

Wie mag de zorg leveren

Een door ons gecontracteerde zorgverlener. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar.

Bijzonderheden

1. De gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt.
2. De aanschafkosten van een orthese/spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport krijgt u niet vergoed.

Artikel 37. ADL-Hulpmiddelen

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van ADL-Hulpmiddelen. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals bijvoorbeeld de kleine hulpmiddelen die nodig zijn om uzelf te kunnen wassen, aankleden en drogen, voor de toiletgang en kleine hulpmiddelen bij het koken en eten. Een volledige lijst met hulpmiddelen die wij vergoeden vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Leverancier van hulpmiddelen.

Indicatie

Een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis.

Verwijsbrief nodig van

Ergotherapeut. De ergotherapeut beoordeelt welke ADL-Hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

Vergoeding

Maximaal € 70 per kalenderjaar.

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

Artikel 38. Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:

- a. acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
- b. antroposofische alternatieve geneeswijzen;
- c. homeopathie;
- d. natuurgeneeswijzen;
- e. alternatieve beweegzorg;
- f. psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgverlener. De aangewezen zorgverleners zijn opgenomen in de Zorgzoeker. U vindt de Zorgzoeker op onze website. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.



Vergoeding

Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg.
Voor chiropractie en osteopathie gelden aparte budgetten.

Chiropractie

Osteopathie

Maximaal € 29 per dag tot in totaal
€ 290 per kalenderjaar voor alle kosten van de onder a t/m
f genoemde behandelaren

Maximaal € 29 per dag tot in totaal € 290 per kalenderjaar

Maximaal € 29 per dag tot in totaal € 290 per kalenderjaar

Bijzonderheden

1. Onder alternatieve geneeswijzen en beweegzorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening, coaching en counseling;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
 - relatietherapie, chelatietherapie en celtherapie.
2. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 39. Homeopathische en antroposofische (genees)middelen

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed?

U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgverlener opvragen en contact met ons opnemen. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. U vindt ons telefoonnummer op onze website. Uw apotheek of apotheekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Op voorschrift van

Arts of klassiek homeopaat zoals bedoeld in artikel 38.

Vergoeding

Maximaal € 260 per kalenderjaar.

Artikel 40. Behandeling in een kuuroord

Wie mag de zorg verlenen

Vergoeding wordt uitsluitend verleend als de behandeling plaatsvindt in een kuuroord dat behoort tot een door ons aangegeven kuuroord (de lijst met aangewezen kuuroorden staat op onze website).

Indicatie

De ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of artritis psoriatica.

Toestemming

U heeft voorafgaande aan de behandeling toestemming van ons nodig.

Vergoeding

Maximaal € 885 per kalenderjaar.

Niet vergoed worden

De kosten van uw verblijf in het kuuroord.



GENEESMIDDELEN EN VITAMINES

Artikel 41. Geneesmiddelen

Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdragen die volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) verschuldigd zijn voor geneesmiddelen die worden vergoed door de zorgverzekering.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding

Maximaal € 200 per kalenderjaar.

Artikel 42. Vitamines

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van enkelvoudige vitaminepreparaten van de vitamines A - B1 - B2 - B3 - B6 - B8 - B11 - B12 - D - E - K voor de behandeling van ernstig vitaminetekort.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Recept (op voorschrift van)

Behandelend arts.

Vergoeding

Volledig.

PREVENTIEVE ZORG

Artikel 43. Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar

Omschrijving

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering verstrekt mogen worden zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Ongeacht uw leeftijd, heeft u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door de huisarts of medisch specialist vanuit de zorgverzekering.

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan heeft u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

Geleverd door

Een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Recept (op voorschrift van)

U heeft een recept van uw huisarts, verloskundige of medisch specialist nodig voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding

Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).



Artikel 44. Mantelzorgmakelaar

Omschrijving

Een mantelzorgmakelaar zorgt tijdelijk voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar kan in overleg met de mantelzorger tijdelijk en ter voorkoming van overbelasting regeltaken op het gebied van zorg, welzijn of financiën overnemen. De mantelzorger houdt de regie. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

Wie mag de zorg verlenen

Voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met IZA Zorgadvies en bemiddeling. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar ingeschreven in het landelijk Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM).

Gaat u zonder verwijzing van IZA Zorgadvies en bemiddeling naar een mantelzorgmakelaar? Of gaat u naar een mantelzorgmakelaar die niet als zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar is ingeschreven in het landelijk Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaar van de BMZM? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Maximaal € 750 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

De diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.

Artikel 45. Vervangende mantelzorg

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt deze zorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De vervangende mantelzorg vraagt u aan voor minimaal een dag.

Wie mag de vervangende mantelzorg leveren

Vervangende mantelzorg vraagt u aan bij de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. U kunt dit telefoonnummer bellen tijdens kantooruren. Onze medewerkers verwijzen u naar een organisatie. Gaat u zonder verwijzing van de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling naar een organisatie die vervangende mantelzorg biedt? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Eerste aanvraag

Vraagt u voor de eerste keer mantelzorg aan? Doe dit dan 8 weken voordat u of uw mantelzorger weggaat. Deze tijd is nodig om alles zo goed mogelijk te regelen.

Vergoeding

Maximaal 21 dagen per kalenderjaar.

Artikel 46. Sportmedisch advies

Wie mag de zorg verlenen

Vergoeding voor sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen

Sportarts (medisch specialist)

Vergoeding

Maximaal € 75 per kalenderjaar



Bijzonderheden

Onder de zorgverzekering valt:

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

Deze zorg krijgt u niet vergoed uit de aanvullende verzekering.

Artikel 47. Preventieve cursussen voor gezondheidsbevordering en -opvoeding

Omschrijving

1. Cursussen die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen door verbetering van de levensstijl van de verzekerde, bijvoorbeeld cursussen gericht op voeding.
2. Cursussen die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening, bijvoorbeeld leren omgaan met diabetes, reuma, astma of dementie.
3. Een reanimatiecursus verzorgd door een instructeur of een instelling, die is gecertificeerd door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Wie mag de zorg verlenen

Thuiszorgorganisatie, GGD, Riagg, een organisatie die werkt volgens de richtlijnen van het Oranje Kruis of patiëntenvereniging aangesloten bij de Patiënten Federatie Nederland. Cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO.

Vergoeding

Maximaal € 75 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

De vergoeding wordt ook verleend voor een cursus Stoppen met Roken van Allen Carr, Sinefuma of georganiseerd door de GGD.

Artikel 48. Gezondheidstest

Omschrijving

Integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De gezondheidstest bestaat uit de volgende onderzoeken:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- visusonderzoek;
- schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

De gezondheidstest mag uitgebreid worden met:

- audiologische screening;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek.

Wie mag de zorg verlenen

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist of een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht van de aangewezen zorgverleners vindt u op onze website. Gaat u naar een andere zorgverlener? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Maximaal € 200 per 2 kalenderjaren. Deze periode omvat het kalenderjaar waarin de Gezondheidstest plaatsvond en het hieraan voorafgaande kalenderjaar.



Bijzonderheden

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- preventief medisch onderzoek naar kanker of andere ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is;
- preventief medisch onderzoek als onderdeel van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet;
- MRI-, CT-scans en zogenaamde total body scans.

Uit de nota moet blijken welke onderzoeken deel uitmaken van de gezondheidstest.

Artikel 49. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij reis naar het buitenland

Omschrijving

U heeft recht op vergoeding van consulten, noodzakelijke vaccinaties (inëntingen) en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland. De gecontracteerde zorgverleners adviseren u over de noodzakelijke vaccinaties of geneesmiddelen.

Wie mag de zorg verlenen

U kunt terecht bij Thuisvaccinatie en Reisprik. Deze zorgverleners adviseren en vaccineren u. Dit kan bij u thuis als u dat wilt. De preventieve geneesmiddelen krijgt u thuis bezorgd. Gaat u naar een andere zorgverlener, dan ontvangt u geen vergoeding.

Vergoeding

Volledig.

Artikel 50. Valpreventie

Omschrijving

Een cursus valpreventie leert u hoe u vallen kunt voorkomen. Daarnaast krijgt u balustraining en leert u vallen onder veilige omstandigheden.

Voor wie

Een training valpreventie is voor mensen die moeite hebben met bewegen of lopen, bang zijn om te vallen of al een keer zijn gevallen. Kijk op onze website voor meer informatie.

Welke trainingen komen voor vergoeding in aanmerking

1. In Balans;
2. Vallen Verleden Tijd;
3. Zicht op Evenwicht.

Wie mag de cursus verzorgen

Een gecontracteerd fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of ergotherapeut die beschikt over een certificaat valtraining of een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of een ergotherapeut met een certificaat valtraining verbonden aan een thuiszorginstelling.

Vergoeding

maximaal € 150 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

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



Artikel 51. Spoedeisende en niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland

51.1. Spoedeisende zorg

Spoedeisende zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.

51.1.1. Werelddekking

Onder werelddekking wordt verstaan de dekking van verzekerde risico's over de gehele wereld. Voor opname in een ziekenhuis geldt de dekking op basis van de laagste verpleegklasse.

51.1.2. Verzekerde risico's

Eventueel aanvullend op de zorgverzekering van IZA worden op grond van de aanvullende verzekering de kosten vergoed van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek redelijkerwijs niet-voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. De IZA Alarmcentrale beoordeelt of de zorg spoedeisend of onvoorzienbaar is. Kosten van vervoer worden uitsluitend vergoed als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval. Niet vergoed worden de kosten:

- die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;
- verband houdend met onderzoek dat, of behandeling of opname die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland;
- vallend onder het eigen risico van de zorgverzekering.

51.1.3. Risicodekking

Volledige vergoeding van de kosten met dien verstande dat de kosten uitsluitend worden vergoed voor zover vergoeding zou hebben plaatsgevonden als de kosten in Nederland waren gemaakt.

51.1.4. Uitbetaling

Wij betalen de te verlenen vergoeding uit in euro's en gaan hierbij uit van de koers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's gebruiken we de historical rates van www.XE.com.

Bijzonderheden

1. Bij opname in een ziekenhuis en/of langdurige medische behandeling is het noodzakelijk onze Alarmcentrale in te (laten) schakelen.
Het telefoonnummer vindt u in de Zorg app, op uw zorgpas en op onze website. Zonder inschakeling van onze Alarmcentrale wordt de vergoeding van de kosten berekend op basis van tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling/aanschaf in Nederland had plaatsgevonden;
2. Kosten van repatriëring worden vergoed volgens artikel 52.

51.2. Niet-spoedeisende zorg

51.2.1. Werelddekking

Onder werelddekking wordt verstaan de dekking van verzekerde risico's over de gehele wereld. Voor opname in een ziekenhuis geldt de dekking op basis van de laagste verpleegklasse.

51.2.2. Verzekerde risico's

Vergoed worden de kosten die zijn opgenomen in de aanvullende verzekering waarvoor de verzekerde verzekerd is, gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen.

Niet vergoed worden de kosten:

- die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;
- van vervoer en/of verblijf in verband met de behandeling.

51.2.3. Risicodekking

Vergoeding van de kosten vindt plaats op basis van Nederlandse tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling/aanschaf in Nederland had plaatsgevonden.

51.2.4. Uitbetaling

Wij betalen de te verlenen vergoeding uit in euro's en gaan hierbij uit van de koers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's gebruiken we de historical rates van www.XE.com.



Artikel 52. Repatriëring

Omschrijving

1. Uw medisch noodzakelijk vervoer vanuit het buitenland naar een plaats in Nederland.
2. Vervoer van uw stoffelijk overschot vanuit het buitenland.

Wie mag de repatriëring verzorgen

IZA Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de Zorg app, op uw zorgpas en op onze website.
Wordt de repatriëring niet verzorgd door de IZA Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Volledig.

Bijzonderheden

Vergoeding van het vervoer van uw stoffelijk overschot wordt alleen verleend als u bij leven tijdelijk (zonder vaste woon- of verblijfplaats) in het buitenland verbleef.

Wij vergoeden de kosten niet indien de reden van repatriëring te voorzien was in verband met een bestaande medische aandoening.

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

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



III. Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering: waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken van aanvullende verzekering wordt bedoeld de aanvullende verzekering IZA Classic Comfort. U kunt de aanvullende verzekering als aanvulling op een zorgverzekering van IZA sluiten, maar u bent dat niet verplicht.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose-behandelcombinatie (dbc): een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

Fraude: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

Gezin: de verzekeringnemer, alsmede diens partner met wie hij is gehuwd of waarvan het partnerschap is geregistreerd of met wie hij duurzaam samenwoont en/of de eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen jonger dan 30 jaar.

Instelling: 1. Een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. Een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Mantelzorger: Een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald meer dan 8 uur per week of langer dan 3 maanden voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dat kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht.

Schriftelijk: waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per-email'.

Tandtechnicus: een gediplomeerde kracht die vakkundig tandtechnische laboratoriumwerkzaamheden verricht.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar aan u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg. Wij kunnen de toestemming ook sturen naar de zorgverleners die namens u toestemming heeft aangevraagd.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde: degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

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

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorghotel: een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverzekeraar, de/IZA Zorgverzekeraar: IZA Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09154427. De zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001038. De zorgverzekeraar is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.





Wilt u een wijziging doorgeven of bijvoorbeeld een gezinslid aanmelden? Dat doet u gemakkelijk en veilig in Mijn IZA door in te loggen met uw DigiD. Altijd bereikbaar via www.mijniza.nl.

www.iza.nl