Aanvullend verzekerd in 2027

Regel het eenvoudig zelf met Mijn IZZ Zorgverzekering

Verzekeringsvoorwaarden 2027

IZZ Zorgverzekering door VGZ

de IZZ zorgverzekering® van mensen in de zorg. door VGZ

Bekijk online versie

Welkom bij VGZ

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden van uw aanvullende zorgverzekering(en). Hierin leest u alles over uw aanvullende zorgverzekering(en).

Onze website

Wilt u meer weten over deze zorgverzekering? Op onze website izzdoorvgz.nl vindt u veel informatie. Bijvoorbeeld over hoe u kunt declareren (kosten voor zorg terugvraagt).

Zorgzoeker

Wilt u opzoeken met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of welke aangewezen of erkend zijn? Kijk dan op izzdoorvgz.nl/zorg-regelen/zorgzoeker#/zoeken.

Aanvragen toestemming

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

Hulp bij betalen

Heeft u hulp nodig bij betalen? Of wilt u meer weten over het betalen van uw premie en zorgkosten? Kijk op Hulp nodig bij betalen? Wij helpen je!

Contact

Wilt u contact opnemen met ons? Kijk op izzdoorvgz.nl/service-en-contact voor de contactmogelijkheden. Wij helpen u graag.

Inhoud

I. Algemeen 7

Artikel 1. Verzekerde zorg 7
Artikel 2. Algemene bepalingen 10
Artikel 3. Premie 12
Artikel 4. Overige verplichtingen 14
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden 14
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en) 14
Artikel 7. Klachten en geschillen 17
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling 17

II. Extra Zorg: Bijzonder Bewust, Zorg voor de Zorg Instap, Zorg voor de Zorg, Zorg voor de Zorg + Extra 1, 2 en 3 en Tand Instap 18

ALTERNATIEVE ZORG

Artikel 9. Alternatieve zorg 18

FYSIOTHERAPIE

Artikel 10. Fysiotherapie, oefentherapie en oedeemtherapie 19
Artikel 11. Intake arbeidsfysiotherapie 21

ERGOTHERAPIE

Artikel 12. Ergotherapie 21

ANTICONCEPTIE

Artikel 13. Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder 22
Artikel 14. Sterilisatie 23

BRILLEN EN LENZEN

Artikel 15. Budget voor brillen en contactlenzen 23

BUITENLAND

Artikel 16. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij een reis naar het buitenland 24
Artikel 17. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland 24
Artikel 18. Repatriëring 25

PREVENTIE

Artikel 19. Persoonlijk gezondheidsbudget 25
19.1. Cursussen 26
19.2. Preventieve cursussen, zorg en advies gericht op uw fysieke en mentale gezondheid 26
19.3. Leefstijlcheck 26
19.4. Sportmedisch advies 26
19.5. Consult en advies voor vrouwen 27

ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE

Artikel 20. Zwangerschapscursussen 27
Artikel 21. Kraampakket 27
Artikel 22. Lactatiekundige hulp 28
Artikel 23. Nazorg moeder en pasgeborene of ondersteuning bij adoptie 28
Artikel 24. Borstkolf 28
Artikel 25. Eigen bijdrage kraamzorg 29
Artikel 26. Eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak 29

HUIDTHERAPIE

Artikel 27. Budget huidbehandelingen 29
27.1. Acnebehandeling 29
27.2. Camouflagetherapie 30
27.3. Ontharen voor verzekerden vanaf 16 jaar 30

HULPMIDDELEN

Artikel 28. Budget hulpmiddelen 31
28.1. Haarwerk/pruik en mutssja's 31
28.2. Steunpessarium 31
28.3. Plaswekker van 5 tot 18 jaar 31
28.4. ADL-Hulpmiddelen 32
Artikel 29. Eenvoudige loophulpmiddelen 32

PLASTISCHE CHIRURGIE

Artikel 30. Flapoorcorrectie voor verzekerden jonger dan 18 jaar 32
Artikel 31. Ooglidcorrectie 33
Artikel 32. Buikwandcorrectie 33

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 33. Mindfulness bij burn-outklachten vanaf 18 jaar 34

VOETZORG

Artikel 34. Budget voetbehandelingen 34
34.1. Voetbehandelingen voor risicoprofiel 1 35
34.2. Podotherapie 35
Artikel 35. Steunzolen en therapiezolen 36

VOEDINGSADVIES

Artikel 36. Diëtetiek 36
Artikel 37. Gewichtsconsulent 36

VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 38. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis 37
Artikel 39. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed 37

PALLIATIEVE ZORG

Artikel 40. Hospice 38

ZORG EN VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 41. Herstellingsoorden en zorghotels 38
Artikel 42. Behandeling in een kuuroord 39

ZORG THUIS
Artikel 43. Mantelzorgmakelaar 40
Artikel 44. Vervangende mantelzorg 41

VERVOER
Artikel 45. Vervoer bij orgaantransplantatie 41

OOGLASEREN EN LENSIMPLANTATIE
Artikel 46. Ooglaseren en lensimplantatie 42

PATIËNTENVERENIGING EN ORGANISATIE
Artikel 47. Lidmaatschap 42

MONDZORG
Artikel 48. Tandheelkundige zorg 43
48.1. Periodieke controle en incidenteel consult 44
48.2. Algemene tandheelkundige zorg 44
48.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen 45
Artikel 49. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar 46
Artikel 50. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 46
Artikel 51. Tandheelkundige kosten door een ongeval 47

III. Bundel: Gezond met Tandongevallen 49

FYSIOTHERAPIE
Artikel 52. Fysiotherapie, oefentherapie en oedeemtherapie 49

BUITENLAND
Artikel 53. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland 50
Artikel 54. Repatriëring 51

PREVENTIE
Artikel 55. Persoonlijk gezondheidsbudget 51
55.1. Cursussen 51
55.2. Preventieve cursussen, zorg en advies gericht op uw fysieke en mentale gezondheid 52
55.3. Leefstijlcheck 52
55.4. Sportmedisch advies 52
55.5. Consult en advies voor vrouwen 52

MONDZORG
Artikel 56. Tandheelkundige zorg 52
56.1. Periodieke controle en incidenteel consult 53
56.2. Algemene tandheelkundige zorg 53
56.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen 54
Artikel 57. Tandheelkundige kosten door een ongeval 54

IV. Kies zelf: IZZ Fysio Goed of Beter, IZZ Buitenland en IZZ Tand Instap, Tand Goed of Tand Beter 56

FYSIOTHERAPIE

Artikel 58. Fysiotherapie, oefentherapie en oedeemtherapie 56

BUITENLAND

Artikel 59. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland 57

Artikel 60. Repatriëring 58

MONDZORG

Artikel 61. Tandheelkundige zorg 58

61.1. Periodieke controle en incidenteel consult 59

61.2. Algemene tandheelkundige zorg 59

61.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen 59

Artikel 62. Eigen bijdrage kunstgebit 60

V. Begripsomschrijvingen 61

I. Algemeen

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u bij medische noodzaak recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Hiervan is sprake als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgverleners aan zorg 'plegen te bieden'.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgverlener moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Per zorgartikel vindt u welke zorgverleners de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgverlener moet voldoen. Voor een aantal vormen 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, dan 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 aan de zorgverlener het afgesproken tarief.

1.3.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de (voor u betreffende) zorg geen contract hebben? Dan moet u misschien de rekening of een deel van de rekening zelf betalen. Onder niet-gecontracteerde zorgverleners vallen ook aangewezen zorgverleners. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden. Indien van toepassing kunt u uw vordering op ons voor huidbehandelingen, 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. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden.

1.3.4. Budget
Krijgt u voor de betreffende zorg een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale budget dat in het betreffende zorgartikel staat.

1.3.5. Wij vergoeden een aantal zorgsoorten ook als de zorg wordt verleend door een zorgverlener die in het buitenland is gevestigd, mits deze zorgverlener vergelijkbare zorg biedt. Dit geven wij in de betreffende zorgartikelen aan. Als u vanuit deze verzekeringsvoorwaarden recht heeft op vergoeding van een wettelijke eigen bijdrage op grond van de zorgverzekering, dan vergoeden wij deze ook als deze zorg in het buitenland is verleend en vanuit de zorgverzekering is vergoed.

1.4. Insturen van nota's

De meeste zorgverleners sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via Mijn IZZ Zorgverzekering of via de IZZ Zorgverzekering app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. Stuur de originele nota naar Postbus 25030, 5600 RS Eindhoven. Soms vragen wij u een declaratieformulier in te vullen en mee te sturen. Kijk voor meer informatie op onze website. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Wij vergoeden alleen nota's die wij binnen 3 jaar hebben ontvangen. Deze 3 jaar gaan in op de eerste dag na de dag dat u weet van de opeisbaarheid van de vordering.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:
- de datum waarop de nota door de zorgverlener is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen);
- 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 samen met eventueel bijbehorende documenten 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 en bijbehorende documenten 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.

1.5. Rechtstreekse betaling

Wij mogen de zorgkosten rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. U heeft dan zelf geen recht meer op de vergoeding.

1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, moet u soms toch iets bijbetalen. Soms hebben wij meer vergoed dan waartoe we volgens uw aanvullende verzekering(en) verplicht zijn. Of de kosten van zorg komen om een andere reden 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. In het zorgartikel vindt u informatie hierover.

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 soms onze toestemming nodig voordat u de zorg krijgt. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen. Voor bepaalde zorg kan de zorgverlener namens u toestemming aanvragen. Kijk voor meer informatie op onze website. Voor het verlenen van toestemming gaan wij na of uw zorgverlener van onberispelijk gedrag is. Als uw zorgverlener niet van onberispelijk gedrag is, kan dat gevolgen hebben voor uw machtigingsaanvraag.

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. In deze verzekeringsvoorwaarden spreken wij daarbij over (kalender)jaren. Om te bepalen aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden verbonden, kijken wij naar de door uw zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd. Deze datum is daarvoor bepalend. Stel uw behandeling valt in 2 kalenderjaren, en de zorgverlener mag de kosten hiervan in één bedrag in rekening brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie). Dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en horen de kosten bij het kalenderjaar waarin uw 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 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 derden zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring in rekening brengen, administratiekosten of kosten voor het niet op tijd betalen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u moet betalen op grond van een andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige volgens die wet bent;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken of zou kunnen maken volgens 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 komt volgens deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking die boven het bedrag ligt waarop u ergens anders 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 muiterij 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 van de kosten van) zorg en/of diensten die u als zorgaanbieder aan uzelf verleent;
- (Vergoeding van de kosten van) zorg en/of diensten die u krijgt van een zorgaanbieder die uw partner, een gezinslid of een familielid in de eerste of tweede graad is.

1.10. Recht op 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 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 deze 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 online, telefonisch, schriftelijk of op het aanvraagformulier heeft aangegeven.
Na het sluiten van de aanvullende verzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de polis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten aanvullende verzekering(en) vermeld.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke manier aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen:

hoofdstuk II; “Extra Zorg”:
- IZZ Zorg voor de Zorg Instap;
- IZZ Zorg voor de Zorg;
- IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 1;
- IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 2;
- IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 3;
- IZZ Tand Instap;
- IZZ Bijzonder Bewust (niet meer af te sluiten).

hoofdstuk III; “Bundel”:
- Gezond met Tandongevallen (niet meer af te sluiten).

hoofdstuk IV; “Kies zelf”:
- IZZ Fysio Goed;
  IZZ Fysio Beter;
  IZZ Buitenland;
  IZZ Tand Goed;
  IZZ Tand Beter.
- Deze aanvullende verzekeringen kunt u niet meer afsluiten.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn hoofdstuk I en V op alle verzekeringen van toepassing.
In de vergoedingstabellen van hoofdstuk II en IV worden de namen van de Extra Zorg pakketten en Kies zelf modules zonder IZZ vermeld.

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
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen
- Lijst maximale vergoedingen buitenland
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgverleners
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL en VSBB
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera
- Convenant Samenloop Reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

U vindt deze documenten op onze website.

2.4. Fraude

Als wij vermoeden dat er sprake is van fraude, zullen wij een onderzoek (laten) instellen. U bent verplicht om aan dit onderzoek mee te werken en ons relevante en juiste informatie te geven. Tijdens dit onderzoek betalen wij uw nota(s) niet uit. Blijkt uit het onderzoek dat u of iemand anders namens u (geheel of gedeeltelijke) fraude heeft gepleegd? Dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Daarnaast vorderen wij uitgekeerde vergoedingen bij u terug. Ook bent u verplicht de kosten die voortvloeien uit het fraudeonderzoek 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) registreren:

- in ons Incidentenregister;
- in het Externe Verwijzingsregister (EVR) 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.

Fraude door zorgverleners

Zorgverleners die fraude plegen, laten wij opnemen in het Externe Verwijzingsregister (EVR). Wij vergoeden geen zorg van zorgverleners die in dit register staan en zullen deze zorgverleners hierover informeren. De zorgverlener is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij hun zorg niet vergoeden.

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 al onze mededelingen elektronisch wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn IZZ Zorgverzekering of in de IZZ Zorgverzekering app.

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 dit niet te willen. 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. De opzegtermijn is één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval zodra 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.
De verzekeringsvoorwaarden zijn gemaakt in de Nederlandse taal. We hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling, dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

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. Voorbeeld: iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

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.

Aan welke eisen moet het rekeningnummer voldoen?
De tenaamstelling van het rekeningnummer moet overeenkomen met de naam van de verzekeringnemer. Ook moet het een rekeningnummer zijn van een land dat deelneemt aan de Single Euro Payments Area (SEPA).

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. De premies en voorwaarden van de collectieve overeenkomst gelden 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 van de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering omgezet naar een aanvullende verzekering op individuele basis als u tot de doelgroep zoals omschreven in artikel 6.2.1. behoorde.

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

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.

3.3.2. Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,40 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de kosten voor papieren post vindt u op onze website.

3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

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 Mijn IZZ Zorgverzekering gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.
c. Uw werkgever houdt de premie en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.

3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post 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 automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 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.

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, kosten voor papieren post 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 mogen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Heeft u een actieve schuldregeling en zijn alle schuldeisers akkoord (MSNP/ WSNP)? Dan kunt u een aanvraag doen voor een aanvullende verzekering. Als wij de aanvraag accepteren gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

3.5.2. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post 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.

3.5.3. 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.

3.5.4. 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. Denk aan kosten die wij zouden kunnen verhalen op de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van een ongeval. 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 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, dan 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 mogen de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment 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, dan 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 wij aangeven dat de zorgverzekering 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 de 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 voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

De aanvullende verzekeringen van de IZZ Zorgverzekering door VGZ zijn alleen als aanvulling op de zorgverzekeringen van de IZZ Zorgverzekering door VGZ af te sluiten als u verzekeringsplichtig bent in de zin van de Zorgverzekeringswet. Wij beoordelen uw aanvraag voor een aanvullende verzekering. Daarbij kunnen onder meer een registratie in het Externe Verwijzingsregister (EVR) en een eventuele betalingsachterstand bij ons worden meegewogen.
U kunt deze aanvullende verzekering(en) alleen afsluiten als u tot de doelgroep behoort waarvoor collectieve afspraken zijn gemaakt en u via een collectiviteit van de IZZ Zorgverzekering door VGZ bij ons verzekerd bent.
De Zorg voor de Zorg, Zorg voor de Zorg + Extra 1 tot en met 3 zijn totaalpakketten. De aanvullende verzekering (IZZ) Zorg voor de Zorg Instap kan gecombineerd worden met de tandverzekering (IZZ) Tand Instap.

Er geldt geen medische selectie.

Voor Zorg voor de Zorg + Extra 2 en Zorg voor de Zorg + Extra 3 geldt een wachttijd van 12 maanden voor kronen en bruggen (R-codes), gedeeltelijke gebitsprothesen (P-codes) en implantaten (J-codes en de kosten gedeclareerd door de kaakchirurg). Voor Zorg voor de Zorg + Extra 2 en Zorg voor de Zorg + Extra 3 geldt voor verzekerden tot 18 jaar een wachttijd voor orthodontie (F-codes). Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor kronen, bruggen, gedeeltelijke gebitsprothesen, implantaten en orthodontie.

U heeft geen wachttijd als u aansluitend op de ingangsdatum van de aanvullende verzekering minimaal 12 maanden een gelijkwaardige aanvullende verzekering of hoger had.

Er zijn bijzondere situaties:
- u had een gelijkwaardige verzekering (of hoger), aansluitend op de ingangsdatum van de aanvullende verzekering. Deze verzekering had u korter dan 12 maanden. Dan geldt er alleen een wachttijd voor de resterende maanden;
- u bent al bij ons verzekerd met een vergoeding waarvoor wachttijd geldt. En u wijzigt uw aanvullende verzekering. Dan geldt er alleen een wachttijd voor het deel waarvoor u geen gelijkwaardige vergoeding (of hoger) had;
- u bent al bij ons verzekerd met een vergoeding waarvoor wachttijd geldt, maar korter dan 12 maanden. En u wijzigt uw aanvullende verzekering. Dan geldt er alleen een wachttijd voor de resterende maanden. Let op: Deze situatie kan samenlopen met de hiervoor beschreven situatie.

In de tabel hieronder ziet u wanneer wij uw huidige vergoeding als gelijkwaardig beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

Aanvullende verzekering	Vergoeding met wachttijd	Gelijkwaardige verzekering
Zorg voor de Zorg + Extra 2 Zorg voor de Zorg + Extra 3 Zorg voor de Zorg	Orthodontie tot 18 jaar	Verzekeringen met een vergoeding van € 2.000 en hoger
Zorg voor de Zorg + Extra 2 Zorg voor de Zorg + Extra 3 Zorg voor de Zorg	Kronen, bruggen, gedeeltelijke gebitsprothesen en implantaten	Verzekeringen met een vergoeding van € 750 en hoger

U kunt de aanvullende verzekeringen Bijzonder Bewust onder “Extra Zorg” (hoofdstuk II), Gezond onder “Bundel (hoofdstuk III) en de modules onder ‘Kies zelf’ (zie hoofdstuk IV) niet meer afsluiten. Kinderen jonger dan 18 jaar kunnen nog wel bijgeschreven worden op de polis als de verzekeringnemer deze aanvullende verzekering al heeft.

6.2.2. Gezinsdekking

Verzekerde kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering(en) als de verzekeringnemer.

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1. en 6.2.2. is van toepassing.
U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2027 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2027. 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. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?).

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen de IZZ Zorgverzekering door VGZ. 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

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 niet meer verzekeringsplichtig is op grond van de Zorgverzekeringswet;
- 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 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 leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, dan 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.

> **Let op**
>
> U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering(en) opzeggen. Voorwaarde is wel dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december 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. Opzeggingsrecht;
- tegelijk met het beëindigen van de IZZ Basisverzekering;
- 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. Voorwaarde is dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) 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. Niet-tijdig betalen;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4. Fraude);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u gehandeld heeft 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;

- als u ongewenst gedrag vertoont tegen ons, onze medewerkers of zorgverleners of onze eigendommen beschadigt. Ongewenst gedrag is bijvoorbeeld agressie, het uiten van bedreigingen, het gebruik van geweld of intimidatie of mogelijke andere gedragingen. Wij bepalen wanneer er sprake is van ongewenst gedrag. Wij kunnen hiervan aangifte doen bij de politie en u (laten) registeren in ons Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister (EVR). Wij nemen bij opzegging een opzegtermijn van 2 maanden in acht. Als wij uw aanvullende verzekering(en) hebben beëindigd, kunt u 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

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. Kijk voor meer informatie over het indienen van een klacht op onze website.

> 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. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie. 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 formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor een klacht indienen. Kijk voor meer informatie op de website. 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 deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze bemiddeling 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. Onze zorgadviseurs bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II. Extra Zorg: Bijzonder Bewust, Zorg voor de Zorg Instap, Zorg voor de Zorg, Zorg voor de Zorg + Extra 1, 2 en 3 en Tand Instap

De vergoedingen voor Tand Instap staan alleen in Artikel 48. Tandheelkundige zorg tot en met 51. Tandheelkundige kosten door een ongeval.

ALTERNATIEVE ZORG

Artikel 9. Alternatieve zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. behandelingen en consulten die vallen onder acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen, antroposofische alternatieve geneeswijzen, chiropractie, craniosacraaltherapie, haptotherapie (18 jaar en ouder), adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn, homeopathie, manuele therapie E.S, musculoskeletale geneeskunde, natuurgeneeswijzen, osteopathie en psychosociale zorg (18 jaar en ouder);
2. homeopathische of antroposofische (genees)middelen die
   - volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd
   - in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
maximaal € 150 per kalenderjaar Voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag.	geen vergoeding	geen vergoeding

Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal € 300 per kalenderjaar Voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag.	maximaal € 500 per kalenderjaar Voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag.	maximaal € 800 per kalenderjaar Voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag.

Dit krijgt u niet vergoed

Onder alternatieve zorg vallen niet de consulten en (groeps-)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening, coaching en counseling;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- relatietherapie;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
- celtherapie en chelatietherapie;
- alle psychosociale therapie, waaronder haptotherapie, voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek;
- onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Hier kunt u terecht
Voor behandelingen en consulten kunt u alleen terecht bij een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht hiervan vindt u op onze website. Voor de geneesmiddelen kunt u naar een apotheker. Een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.

Welk middel wordt vergoed?
Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgverlener opvragen en contact met ons opnemen. Onze contactgegevens vindt u op onze website. Met dit nummer kunnen wij voor u kijken of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apotheekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA- of HM-registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

FYSIOTHERAPIE

Artikel 10. Fysiotherapie, oefentherapie en oedeemtherapie

Dit krijgt u vergoed
De kosten van:
1. Fysiotherapie
2. Oefentherapie
3. Oedeemtherapie
4. Littekentherapie
5. Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar	maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar	maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar Voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.

Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar Voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.	maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar Voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.	maximaal 52 behandelingen per kalenderjaar Voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.

Meenemen ongebruikte behandelingen
In aanvulling op de hiervoor genoemde vergoeding, mag u ongebruikte behandelingen van het voorafgaande kalenderjaar meenemen naar dit kalenderjaar. Uw aanvullende verzekering in dit kalenderjaar bepaalt hoeveel behandelingen u maximaal kunt meenemen.
Het aantal ongebruikte behandelingen stellen we vast op basis van het aantal behandelingen die vergoed zijn uit uw budget in het voorafgaande kalenderjaar. Ook als deze behandelingen na 1 januari van dit jaar zijn ingediend en vergoed.

Voorbeeld: als u op dit moment verzekerd bent op basis van de IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 1, kunt u maximaal 3 ongebruikte behandelingen uit het voorafgaande kalenderjaar meenemen. Voorwaarde is wel dat u binnen uw aanvullende zorgverzekering van het voorafgaande kalenderjaar nog recht heeft op 3 behandelingen en deze ongebruikt zijn.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	maximaal 2 behandelingen per kalenderjaar	maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar	maximaal 4 behandelingen per kalenderjaar	maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar

Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering.

Dit krijgt u niet vergoed

- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining;
- Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport.

Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut. Voor gespecialiseerde fysiotherapie kunt u terecht bij een bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, kinderfysiotherapeut of manueel therapeut.
2. Oefentherapie: bij een oefentherapeut. Voor gespecialiseerde oefentherapie kunt u terecht bij een bekkenoefentherapeut, geriatrie-oefentherapeut, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut.
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.
4. Littekentherapie: bij een huidtherapeut.
5. Hand- of vingerspalk: bij een fysiotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL).

De kosten voor gespecialiseerde therapie krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een therapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde (deel)register van het:

- Individueel Register Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF);
- Subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

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

Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson en parkinsonisme alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Gaat u naar een zorgverlener die niet is aangesloten bij ParkinsonNet, dan ontvangt u een lagere vergoeding. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg of gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgverlener in het buitenland, die vergelijkbare zorg levert? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen' en 'Lijst maximale vergoedingen buitenland' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Artikel 11. Intake arbeidsfysiotherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van de intake, als onderdeel van het Protocol Participatieve Werkaanpassing (PPAW). Dit protocol is een preventieprogramma dat door (Stichting) IZZ Zorgverzekering door VGZ in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten (NVBF) is opgesteld voor de aanpak van arbeidsgerelateerde klachten.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	maximaal € 43,60 per kalenderjaar	maximaal € 43,60 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 43,60 per kalenderjaar	maximaal € 43,60 per kalenderjaar	maximaal € 43,60 per kalenderjaar

Dit krijgt u niet vergoed

U heeft geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie of ergotherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve zorg. Dit is zorg om arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen te behandelen of te genezen. Voorbeelden hiervan zijn werkplekonderzoek en driegesprek als onderdeel van het Protocol Participatieve Werkaanpassing (PPAW). Alleen het onderdeel Intake door de arbeidsfysiotherapeut als onderdeel van het Protocol Participatieve Werkaanpassing (PPAW), zoals beschreven in dit artikel, is hiervan uitgezonderd;
- re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
- behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Hier kunt u terecht

Bij 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.

ERGOTHERAPIE

Artikel 12. Ergotherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van ergotherapie met als doel een grotere of betere zelfredzaamheid. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 10 behandeluren ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar Uw zorgverlener declareert de behandeltijd in kwartieren.
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar Uw zorgverlener declareert de behandeltijd in kwartieren.	maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar Uw zorgverlener declareert de behandeltijd in kwartieren.	maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar Uw zorgverlener declareert de behandeltijd in kwartieren.

Dit krijgt u niet vergoed
Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport.

Hier kunt u terecht
Bij een ergotherapeut.
Bij een handergotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) voor een hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik.

Let op
Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Wij hebben voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson of parkinsonisme gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

ANTICONCEPTIE

Artikel 13. Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed
Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar, die volgens de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt. Denk aan: anticonceptiepil, anticonceptiestaafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS)
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS)

Hier kunt u terecht
Bij een door ons gecontracteerde apotheker of apotheekhoudende huisarts. Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudende huisarts waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde apothekers en apotheekhoudende huisartsen vindt u op onze website. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een apotheker in het buitenland gaat. Wij vergoeden dan maximaal het tarief, zoals vermeld in de 'Lijst maximale vergoedingen buitenland'.

Dit moet u zelf regelen
Het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel. Een huisarts, verloskundige of medisch specialist schrijft dit voor.

U krijgt vanuit uw zorgverzekering een vergoeding voor het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Ongeacht uw leeftijd.

Artikel 14. Sterilisatie

Dit krijgt u vergoed
Sterilisatie.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
volledig	volledig	volledig

Hier kunt u terecht
Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet. Voor een vasectomie (sterilisatie van de man) kunt u ook naar een huisarts.
Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

BRILLEN EN LENZEN

Artikel 15. Budget voor brillen en contactlenzen

Dit krijgt u vergoed
De aanschafkosten van brillen met glazen op sterkte en lenzen op sterkte bij een opticien. Wij vergoeden deze zorg ook als u een bril of lenzen aanschaft bij een opticien in het buitenland.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
maximaal € 50 per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 100 per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen	maximaal € 150 per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen	maximaal € 200 per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen heeft gekocht en de 2 hieraan voorafgaande kalenderjaren. De kosten voor het aanmeten worden alleen vergoed als ze onderdeel uit maken van de aanschaf.

BUITENLAND

Artikel 16. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij een reis naar het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Consulten, noodzakelijke vaccinaties (inentingen) en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
volledig	volledig	volledig

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert. Wij vergoeden dan maximaal het tarief, zoals vermeld in de 'Lijst maximale vergoedingen buitenland'.

Voor preventieve geneesmiddelen kunt u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts als deze voorgeschreven zijn door een door ons gecontracteerde partij voor reisvaccinatie.

Artikel 17. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Onze alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	volledig	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
volledig	volledig	volledig

Dit krijgt u niet vergoed

1. Kosten voor niet-spoedeisende zorg of zorg die kan worden uitgesteld tot u terug bent in Nederland
2. Kosten van een ziekenhuisopname en/of kosten van een langdurige medische behandeling als u geen voorafgaand contact met onze alarmcentrale heeft opgenomen of laten opnemen
3. Kosten die u op grond van de wet niet zou hoeven te betalen of kosten die niet in rekening gebracht zouden zijn als er geen dekking zou zijn op basis van deze verzekering
4. Kosten van zorg die niet redelijk en noodzakelijk zijn.

Dit moet u zelf regelen
Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u onze alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de IZZ Zorgverzekering app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

Artikel 18. Repatriëring

Dit krijgt u vergoed
Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van:
- vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer
- (medisch) noodzakelijke begeleiding
- noodzakelijke communicatie
- het brengen en/of toesturen van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn

De 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.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	volledig	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
volledig	volledig	volledig

Dit krijgt u niet vergoed
Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Hier kunt u terecht
Bij onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB. Verzorgt onze alarmcentrale de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de IZZ Zorgverzekering app, op uw zorgpas of op onze website.

PREVENTIE

Artikel 19. Persoonlijk gezondheidsbudget

U krijgt een persoonlijk gezondheidsbudget voor preventie dat u kunt inzetten voor cursussen, zorg en advies zoals hierna beschreven in Artikel 19.1. Cursussen t/m 19.5. Consult en advies voor vrouwen.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	maximaal € 200 per kalenderjaar	maximaal € 400 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 400 per kalenderjaar	maximaal € 400 per kalenderjaar	maximaal € 400 per kalenderjaar

19.1. Cursussen

Dit krijgt u vergoed
De kosten van (een):
- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, reuma, gewrichtsaandoeningen, kanker, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Patiënten Federatie Nederland of een thuiszorgorganisatie;
- cursussen omgaan met dementie die een thuiszorgorganisatie, de GGD- of een GGZ-instelling organiseert;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.patientenfederatie.nl

Dit moet u zelf regelen
Bij de nota stuurt u een bewijs van deelname mee.

19.2. Preventieve cursussen, zorg en advies gericht op uw fysieke en mentale gezondheid

Dit krijgt u vergoed
De kosten van (online) cursussen, zorg en advies die erop gericht zijn uw fysieke en mentale gezondheid op peil te houden of te verbeteren. Op onze website vindt u een overzicht van dit extra aanbod en waar u daarvoor terecht kunt.

19.3. Leefstijlcheck

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een (online) leefstijlcheck met als doel inzicht krijgen in uw leefstijl. Hierbij heeft u de mogelijkheid voor een cholesterol- en glucosetest en een buikomvangmeting (thuistest). Na de check volgt een persoonlijk leefstijlgesprek met een online leefstijlcoach.

Hier kunt u terecht
Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een andere zorgverlener? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

19.4. Sportmedisch advies

Dit krijgt u vergoed
De kosten van sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

Hier kunt u terecht
Bij een sportarts (medisch specialist).

19.5. Consult en advies voor vrouwen

Dit krijgt u vergoed
De kosten van voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen met gezondheidsproblemen die veroorzaakt worden door het hormonale systeem zoals de overgang of de menstruatie.

Hier kunt u terecht
Bij een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies over vrouwen en hormonen. Of bij een verloskundige die als overgangsconsulent is aangesloten bij de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC).

ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE

Artikel 20. Zwangerschapscursussen

Dit krijgt u vergoed
Als u zwanger bent of wilt worden, dan vergoeden wij de kosten van:
1. het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger;
2. cursussen op locatie of online die:
   - u voorbereiden op de bevalling;
   - u helpen zo fit en gezond mogelijk te blijven tijdens uw zwangerschap;
   - u helpen na de bevalling sneller te herstellen (maximaal 6 maanden na de bevalling);
   - gericht zijn op het leren kennen van uw baby (maximaal 6 maanden na de bevalling).

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 100 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 100 per kalenderjaar	maximaal € 100 per kalenderjaar	maximaal € 100 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
De zorgverlener moet ingeschreven zijn bij de Kamer van Koophandel en een website hebben waarop de cursus wordt vermeld.
U kunt bij uw verloskundige advies vragen bij de keuze voor een cursus.

De naam van de cursus, de website van de zorgverlener en het nummer van de Kamer van Koophandel moeten op de nota staan.

Artikel 21. Kraampakket

Dit krijgt u vergoed
Een kraampakket dat door ons in overleg met verloskundigen is samengesteld. Als u zwanger bent, kunt u dit pakket aanvragen via onze website.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	een kraampakket in natura
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
een kraampakket in natura	een kraampakket in natura	een kraampakket in natura

Artikel 22. Lactatiekundige hulp

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een cursus borstvoeding of, als u problemen heeft met de borstvoeding, een lactatiekundig consult.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 200 per bevalling
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 200 per bevalling	maximaal € 200 per bevalling	maximaal € 200 per bevalling

Hier kunt u terecht

Bij een lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of de Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBB).

Artikel 23. Nazorg moeder en pasgeborene of ondersteuning bij adoptie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

- aanvullende nazorg wanneer u wegens een ziekenhuisopname van uzelf of uw baby geen of onvoldoende gebruik kon maken van uw geïndiceerde uren kraamzorg uit de zorgverzekering.
- noodzakelijke ondersteuning en advisering over de verzorging van uw geadopteerde baby van jonger dan 3 maanden.

In beide gevallen stelt de kraamzorgorganisatie het aantal noodzakelijke uren zorg vast.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal 6 uur per bevalling of adoptie	maximaal 12 uur per bevalling of adoptie	maximaal 16 uur per bevalling of adoptie

Hier kunt u terecht

Bij een gediplomeerd kraamverzorgende of verpleegkundige.

Artikel 24. Borstkolf

Dit krijgt u vergoed

De (huur)kosten van een (elektrische) borstkolf.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 80 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	maximaal € 80 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	maximaal € 80 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Artikel 25. Eigen bijdrage kraamzorg

Dit krijgt u vergoed
De wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 125 per bevalling
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 125 per bevalling	maximaal € 125 per bevalling	volledig

Artikel 26. Eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak

Dit krijgt u vergoed
De kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis of een geboortecentrum.
U krijgt het verschil vergoed tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
volledig	volledig	volledig

HUIDTHERAPIE

Artikel 27. Budget huidbehandelingen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor acnebehandeling, camouflagetherapie en ontharen zoals hierna beschreven in Artikel 27.1. Acnebehandeling, 27.2. Camouflagetherapie en 27.3. Ontharen voor verzekerden vanaf 16 jaar.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
geen vergoeding	maximaal € 250 per kalenderjaar Er geldt een maximum vergoeding van € 85 per dag. Voor camouflagetherapie vergoeden wij maximaal één behandeling per kalenderjaar.	maximaal € 350 per kalenderjaar Er geldt een maximum vergoeding van € 85 per dag. Voor camouflagetherapie vergoeden wij maximaal één behandeling per kalenderjaar.

27.1. Acnebehandeling

Dit krijgt u vergoed
De kosten van behandeling van ernstige vormen van acne in het gezicht, de hals, borst en rug in overeenstemming met het stroomschema van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten bij zorgprofiel 2 of hoger.

Dit krijgt u niet vergoed
Acne verzorgingsproducten voor thuisgebruik.

Hier kunt u terecht
Bij 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. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van de zorgverlener die u behandeld heeft, moeten op de nota staan.

Let op
Als uw behandelingen worden uitgevoerd in een kliniek waar meerdere zorgverleners werken, dan kan het zijn dat de nota op de AGB code van de kliniek wordt uitgeschreven. Dit is niet voldoende. Uit de nota moet blijken welke zorgverlener u behandeld heeft, daarom moeten zowel de persoonlijke AGB code als de naam van deze zorgverlener op de nota staan.

U kunt uw vordering op ons voor acnebehandeling niet overdragen aan de aangewezen 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.

27.2. Camouflagetherapie

Dit krijgt u vergoed
De kosten van camouflagetherapie om bij ernstige (blijvende) ontsieringen in het gezicht en de hals, de littekens en huidaandoeningen met kleurafwijkingen minder opvallend te maken. Ook de benodigde middelen die tijdens de behandeling worden gebruikt krijgt u vergoed.

Dit krijgt u niet vergoed
Camouflage producten voor thuisgebruik.

Hier kunt u terecht
Bij 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. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van de zorgverlener die u behandeld heeft, moeten op de nota staan.

Let op
Als uw behandelingen worden uitgevoerd in een kliniek waar meerdere zorgverleners werken, dan kan het zijn dat de nota op de AGB code van de kliniek wordt uitgeschreven. Dit is niet voldoende. Uit de nota moet blijken welke zorgverlener u behandeld heeft, daarom moeten zowel de persoonlijke AGB code als de naam van deze zorgverlener op de nota staan.

U kunt uw vordering op ons voor camouflagetherapie niet overdragen aan de aangewezen 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.

27.3. Ontharen voor verzekerden vanaf 16 jaar

Dit krijgt u vergoed
De kosten van behandeling om extreme haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht definitief te verwijderen.

Dit krijgt u niet vergoed
Verzorgingsproducten voor thuisgebruik.

Hier kunt u terecht
Bij 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. Zowel de persoonlijke AGB-code als de naam van de zorgverlener die u behandeld heeft, moeten op de nota staan.

Let op
Als uw behandelingen worden uitgevoerd in een kliniek waar meerdere zorgverleners werken, dan kan het zijn dat de nota op de AGB code van de kliniek wordt uitgeschreven. Dit is niet voldoende. Uit de nota moet blijken welke zorgverlener u behandeld heeft, daarom moeten zowel de persoonlijke AGB code als de naam van deze zorgverlener op de nota staan.

U kunt uw vordering op ons voor ontharen niet overdragen aan de aangewezen 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.

HULPMIDDELEN

Artikel 28. Budget hulpmiddelen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor hulpmiddelen zoals hierna beschreven in Artikel 28.1. Haarwerk/pruik en mutssja's t/m Artikel 28.4. ADL-Hulpmiddelen.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
geen vergoeding	maximaal € 250 per kalenderjaar	maximaal € 250 per kalenderjaar

28.1. Haarwerk/pruik en mutssja's

Dit krijgt u vergoed
Het verschil tussen het bedrag dat de leverancier bij u in rekening brengt voor een haarwerk/pruik en de vergoeding die u daarvoor ontvangt vanuit de zorgverzekering. Als u een indicatie heeft voor een haarwerk/pruik, dan ontvangt u een tegemoetkoming in de kosten voor een haarwerk/pruik en de kosten voor een mutssja. Wij vergoeden deze kosten ook als uw haarwerk/pruik en/of mutssja geleverd worden door een zorgverlener in het buitenland.

28.2. Steunpessarium

Dit krijgt u vergoed
De kosten van het pessarium. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats. De kosten van het plaatsen van het pessarium door de huisarts worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Hier kunt u terecht
Huisarts.

28.3. Plaswekker van 5 tot 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
De (huur)kosten van een plaswekker bij nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 5 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde broekjes en bandages. De vergoeding is eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering.

Hier kunt u terecht
Bij een leverancier van plaswekkers.

28.4. ADL-Hulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed
De kosten van ADL-Hulpmiddelen als u een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis heeft. 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.

Hier kunt u terecht
Bij een leverancier van hulpmiddelen.

Dit moet u zelf regelen
Een verwijsbrief van de ergotherapeut, een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze zorgverlener beoordeelt welke ADL-Hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

Artikel 29. Eenvoudige loophulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed
De kosten van huur of aanschaf van krukken, looprek of drie- of vierpootwandelstok voor eigen gebruik.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 35 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 35 per kalenderjaar	maximaal € 35 per kalenderjaar	maximaal € 35 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
Bij een leverancier van hulpmiddelen.

PLASTISCHE CHIRURGIE

Artikel 30. Flapoorcorrectie voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
Correctie van uitstaande oorschelpen (flaporen) voor verzekerden tot 18 jaar.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
geen vergoeding	volledig	volledig

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

Dit moet u zelf regelen

Een verwijsbrief van huisarts of medisch specialist.

Artikel 31. Ooglidcorrectie

Dit krijgt u vergoed

Een bovenooglidcorrectie of levatorplastiek:

- als u recht vooruit kijkt en uw pupil een derde wordt bedekt door de onderrand van uw bovenooglid of de overhangende huidplooi;
- als u duidelijk een beperkt zijwaarts gezichtsveld heeft. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van uw oog, of;
- bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van uw bovenooglid.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
geen vergoeding	volledig	volledig

Hier kunt u terecht

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

Dit moet u zelf regelen

1. Een verwijsbrief van huisarts of medisch specialist.
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag hebben wij een onderbouwing van uw medisch specialist nodig over de aard en omvang van de afwijking.

Artikel 32. Buikwandcorrectie

Dit krijgt u vergoed

Correctie van de buikwand als u een overhangende buikhuidplooi heeft waarbij smetten aannemelijk is. De diepte van de huidplooi moet 6 cm of meer zijn, gemeten aan de binnenzijde van de plooi. Daarnaast is het belangrijk dat uw gewicht in verhouding staat tot uw lichaamslengte. Uw BMI is maximaal 30. Voor een buikwandcorrectie na bariatrische chirurgie mag uw BMI niet hoger zijn dan 35 (≤ 35).

Hoe berekent u uw BMI

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).

Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan 85 gedeeld door (1.75 x 1.75) = 85 gedeeld door 3,0625 = 27,76. Dit is afgerond 28.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
geen vergoeding	geen vergoeding	volledig

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

Dit moet u zelf regelen
1. Een verwijsbrief van huisarts of medisch specialist.
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend specialist meesturen over de aard en omvang van de afwijking.

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 33. Mindfulness bij burn-outklachten vanaf 18 jaar

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een 8-weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). U heeft recht op deze training als u 18 jaar of ouder bent en burn-out klachten heeft.

MBCT en MBSR
Deze therapieën combineren de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie met meditatie en yoga.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	maximaal € 350 per kalenderjaar	maximaal € 350 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 350 per kalenderjaar	maximaal € 350 per kalenderjaar	maximaal € 350 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
Bij een mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Trainers Nederland) met lidmaatschap categorie 1. Bij een MBCT/MBSR gecertificeerd mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VVM (Vereniging Voor Mindfulness).
U vindt de trainers op de website van deze verenigingen: www.vmbn.nl en www.verenigingvoormindfulness.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.

Dit moet u zelf regelen
Een verwijsbrief van huisarts of bedrijfsarts.

VOETZORG

Artikel 34. Budget voetbehandelingen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor voetbehandelingen en voor podotherapie zoals hierna beschreven in Artikel 34.1. Voetbehandelingen voor risicoprofiel 1 en 34.2. Podotherapie.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
geen vergoeding	maximaal € 100 per kalenderjaar	maximaal € 200 per kalenderjaar

34.1. Voetbehandelingen voor risicoprofiel 1

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:
Voetbehandelingen voor risicoprofiel 1. Dit zijn behandelingen om (pijn)klachten en wonden door huid- en nagelaandoeningen en/of door overmatige druk op voet of nagels te verminderen of te voorkomen. Uw podotherapeut of pedicure moet het risicoprofiel op de nota vermelden.

Risiscoprofielen

Uitleg over risicoprofielen vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welk risicoprofiel u heeft.

Dit krijgt u niet vergoed

- voetzorg als u geen verhoogd risico heeft op voetulcera (risicoprofiel 0)
- voetzorg voor risicoprofiel 1 die niet in het behandelplan staat, zoals eelt verwijderen dat geen risico geeft op een wond, nagels knippen, het masseren van voeten en andere verzorgende behandelingen.

Let op

Vanuit uw zorgverzekering heeft u recht op bepaalde voetzorg bij een verhoogd risico op het ontstaan van voetulcera en de behandeling van voetulcera. Dit zijn diepe wonden aan de voet die vaak moeilijk genezen. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.

Hier kunt u terecht

Bij een:
1. podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici;
2. medisch pedicure of pedicure met aantekening reumatische voet of diabetische voet die is die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
3. pedicure (voetzorgverlener) die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo;
4. medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

34.2. Podotherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van 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.

Hier kunt u terecht

Bij een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.
Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

Artikel 35. Steunzolen en therapiezolen

Dit krijgt u vergoed

Het aanmeten en de kosten van steunzolen en therapiezolen 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.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
geen vergoeding	maximaal € 125 per kalenderjaar	maximaal € 125 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM). SEMH staat voor Stichting Erkenningsregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

VOEDINGSADVIES

Artikel 36. Diëtetiek

Dit krijgt u vergoed

De kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 3 behandeluren diëtetiek per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	maximaal 1 behandeluur per kalenderjaar Uw zorgverlener declareert de behandeltijd in kwartieren.	maximaal 1 behandeluur per kalenderjaar Uw zorgverlener declareert de behandeltijd in kwartieren.
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal 1 behandeluur per kalenderjaar Uw zorgverlener declareert de behandeltijd in kwartieren.	maximaal 1 behandeluur per kalenderjaar Uw zorgverlener declareert de behandeltijd in kwartieren.	maximaal 1 behandeluur per kalenderjaar Uw zorgverlener declareert de behandeltijd in kwartieren.

Hier kunt u terecht

Bij een diëtist.

Let op

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

Artikel 37. Gewichtsconsulent

Dit krijgt u vergoed

De kosten van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	maximaal € 50 per kalenderjaar	maximaal € 50 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 50 per kalenderjaar	maximaal € 50 per kalenderjaar	maximaal € 50 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
Bij een gewichtsconsulent die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN).
Op www.gewichtsconsulenten.nl kunt u een gewichtsconsulent bij u in de buurt zoeken.

VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 38. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis

Dit krijgt u vergoed
De kosten van:
1. verblijf in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland, als uw minderjarig kind of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis. Voorbeelden van familiehuizen speciaal voor kinderen zijn de Ronald McDonaldhuizen en de Kiwanishuizen. Als uw minderjarig kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan kunt u naar het logeer- of familiehuis dat verbonden is aan het ziekenhuis;
2. verblijf in een logeerhuis als u 2 dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Het ziekenhuis bepaalt meestal of u in aanmerking komt voor verblijf in een familiehuis of logeerhuis.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 45 per nacht	maximaal € 45 per nacht	maximaal € 45 per nacht

Artikel 39. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed

Dit krijgt u vergoed
De kosten van 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 Erasmus MC Kanker Instituut.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
volledig	volledig	volledig

Vanuit de zorgverzekering heeft u in bepaalde situaties recht op ziekenvervoer. Bent u tenminste 3 achtereenvolgende dagen aangewezen op dit vervoer, dan kunt u ook kiezen voor een vergoeding voor logeerkosten in plaats van een vergoeding voor vervoer.

PALLIATIEVE ZORG

Artikel 40. Hospice

Dit krijgt u vergoed
De kosten van verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u een korte levensverwachting heeft en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 40 per dag
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 40 per dag	maximaal € 40 per dag	maximaal € 40 per dag

Dit krijgt u niet vergoed
U krijgt geen vergoeding voor verblijfkosten uit de aanvullende verzekering als u Eerstelijnsverblijf (ELV) ontvangt. De verblijfkosten voor ELV worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Hier kunt u terecht
Bij een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Een hospice/Bijna-Thuis-Huis is erkend als deze is aangesloten bij het Netwerk Palliatieve Zorg. Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.
Vind een aangesloten hospice of Bijna-Thuis-Huis op de website van Netwerk Palliatieve Zorg.

ZORG EN VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 41. Herstellingsoorden en zorghotels

Dit krijgt u vergoed
Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel als:
1. het aansluit op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum, na afronding van uw behandelingen;
2. uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of burn-out.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
geen vergoeding	maximaal € 100 per dag tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar	maximaal € 100 per dag tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
Het verblijf vraagt u aan bij onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website. Onze zorgadviseur bespreekt met u of u aanspraak kunt maken op eerstelijnsverblijf vanuit de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Wet langdurige zorg (Wlz) en verwijst u mogelijk naar een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
Een verwijsbrief van een huisarts of medisch specialist bij herstel van (mentale) overbelasting of burn-out (zoals beschreven onder Dit krijgt u vergoed, punt 3).

Artikel 42. Behandeling in een kuuroord

Dit krijgt u vergoed
De kosten van behandeling en verblijf in een kuuroord voor de indicaties: ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis, artritis psoriatica of morbus Forestier. Voor vergoeding geldt dat u een kuur van minimaal 5 dagen volgt om klachten veroorzaakt door uw aandoening te behandelen of verlichten.
Een kuur is een intensief, gestructureerd behandelprogramma speciaal gemaakt voor uw aandoening.
Behandelingen die u krijgt zijn bijvoorbeeld:
- Balneotherapie (badwater met speciale stoffen, vaak uit de aarde)
- Fangotherapie (speciale modder uit een vulkaan)
- Radontherapie (bad met radongas).

Bespreek altijd eerst met uw behandelend arts welk kuurprogramma en welke behandeling het meest geschikt is voor uw klachten.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
geen vergoeding	maximaal € 900 per kalenderjaar	maximaal € 900 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
Bij een kuuroord.

Dit moet u zelf regelen
Een verwijsbrief van de reumatoloog. U hoeft deze niet direct mee te sturen bij de nota. We kunnen deze achteraf opvragen zoals vermeld in Artikel 1.4. Insturen van nota's.

Een overzicht van kuuroorden vindt u op onze website.

Mantelzorg
Mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg. De voorwaarden voor vergoeding voor vervangende mantelzorg of de inzet van een mantelzorgmakelaar leest u hier, en gelden voor de Artikelen 43. Mantelzorgmakelaar en 44. Vervangende mantelzorg.

Mantelzorger
Bent u mantelzorger? Dan geven wij een tijdelijke vergoeding van noodzakelijke ondersteuning om te voorkomen dat u als mantelzorger overbelast raakt en uitvalt, en zodat u in de gelegenheid bent hulp in te schakelen bijvoorbeeld via de afdeling Wmo van uw gemeente of bij het CIZ voor een Wlz-aanvraag.

Vergoeding is mogelijk als u mantelzorger bent en voldoet aan de volgende criteria
- U zorgt onbetaald voor een naaste (bijvoorbeeld familielid, vriend(in), buur of kennis).
- U zorgt 8 uur of meer per week voor uw naaste.
- Uw naaste heeft langer dan 3 maanden intensieve of langdurige verzorging nodig.
- Diegene aan wie u mantelzorg verleent heeft een gezondsheidsbeperking (lichamelijke en / of psychische problemen) waardoor of waarbij mantelzorg noodzakelijk is. Of is hulpbehoevend waarbij de zorg verder gaat dan de gebruikelijke zorg en waardoor of waarbij mantelzorg noodzakelijk is.
- De zorg bestaat uit verzorging of hulp bij dagelijkse activiteiten.

Vergoeding is niet mogelijk als
- De ontvanger van mantelzorg een Wlz-indicatie heeft, of
- De ontvanger van mantelzorg vanuit de Wmo vervangende mantelzorg (respijtzorg) ontvangt.

Is er in deze gevallen wel behoefte aan een verruiming van de zorg? Geef dat dan aan bij de organisatie die de indicatie heeft gesteld.

Stel uw vraag over mantelzorg aan ons
Of u nu mantelzorger bent of mantelzorg ontvangt, u kunt met uw vragen terecht bij onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Onze zorgadviseurs informeren en adviseren u over mantelzorg. Zij zijn op de hoogte van de regelgeving en weten waar u terecht kunt voor hulp.

Artikel 43. Mantelzorgmakelaar

Dit krijgt u vergoed
Een mantelzorgmakelaar zorgt tijdelijk voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar ondersteunt en begeleidt de mantelzorger bij regeltaken rond zorg, welzijn of financiën om te voorkomen dat de mantelzorger overbelast raakt. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren voor mantelzorgondersteuning vast.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	maximaal € 250 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

De vergoeding geldt voor u als mantelzorger. Er kan één mantelzorger per zorgvrager (zorgsituatie) aanspraak maken op de vergoeding.

Hier kunt u terecht
Bij een zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM). U vraagt een mantelzorgmakelaar aan bij onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling via onze website. Onze zorgadviseurs beoordelen of u in aanmerking komt.

Artikel 44. Vervangende mantelzorg

Dit krijgt u vergoed
Tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger, zodat u als mantelzorger even vrij kunt zijn. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorger bent. Er kan één mantelzorger per zorgvrager (zorgsituatie) aanspraak maken op de vergoeding. De vervangende mantelzorg vraagt u aan voor minimaal 1 dag. Ook als u minder dan 24 uur zorg op 1 dag afneemt, rekenen wij, ongeacht het aantal uren dat u ontvangt, 1 dag.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	maximaal 5 dagen per kalenderjaar	maximaal 10 dagen per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal 10 dagen per kalenderjaar	maximaal 10 dagen per kalenderjaar	maximaal 10 dagen per kalenderjaar

Hier kunt u terecht
Bij een gecontracteerde organisatie. Vervangende mantelzorg vraagt u aan bij onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling via onze website. Onze zorgadviseurs beoordelen voordat u de zorg afneemt, of u in aanmerking komt en verwijzen u naar een gecontracteerde organisatie. Heeft u geen verwijzing van onze zorgadviseurs naar een organisatie die vervangende mantelzorg biedt? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde organisaties en hoeveel uur mantelzorgvervanging u per dag vergoed krijgt, vindt u op onze website.

Let op
Eerste aanvraag?
Vraagt u voor de eerste keer vervangende mantelzorg aan? Doe dit dan 6-8 weken voordat u als mantelzorger vervangende mantelzorg nodig heeft. Dit is nodig om alles zo goed mogelijk te regelen.

VERVOER

Artikel 45. Vervoer bij orgaantransplantatie

Dit krijgt u vergoed
Taxivervoer of kosten van eigen vervoer tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u in behandeling bent voor een orgaantransplantatie. U krijgt deze vergoeding alleen als de kostenvergoeding voor dit vervoer niet onder de zorgverzekering valt. Het betreft de volgende zorg: pre-transplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. Voor de berekening van de afstand gaan we uit van de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
geen vergoeding	taxivervoer: volledig; vervoer per eigen auto: € 0,43 per kilometer.	taxivervoer: volledig; vervoer per eigen auto: € 0,43 per kilometer.

Hier kunt u terecht
Bij een door ons gecontracteerde vervoerder. Gaat u naar een vervoerder waarmee wij geen contract hebben? Dan krijgt u geen vergoeding. Een overzicht van de door ons gecontracteerde vervoerders vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen
1. U heeft een voorschrift van een huisarts of medisch specialist nodig en
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. Kijk voor meer informatie op onze website.

Let op
Het vervoer van de donor vergoeden we niet.

OOGLASEREN EN LENSIMPLANTATIE

Artikel 46. Ooglaseren en lensimplantatie

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. De vergoeding geldt ook voor de meerkosten van een multifocale of torische lens bij een cataractoperatie (staaroperatie).

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 500 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Hier kunt u terecht
Bij een oogarts. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een oogarts in het buitenland gaat.

PATIËNTENVERENIGING EN ORGANISATIE

Artikel 47. Lidmaatschap

Dit krijgt u vergoed
De kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Patiënten Federatie Nederland of koepelorganisatie Ieder(in) of het lidmaatschap van een door ons aangewezen organisatie. We vergoeden één lidmaatschap per jaar.
Een overzicht van de door ons aangewezen organisaties vindt u op onze website.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 25 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 25 per kalenderjaar	maximaal € 25 per kalenderjaar	maximaal € 25 per kalenderjaar

Dit moet u zelf regelen
Om de kosten vergoed te kunnen krijgen, stuurt u ons (een kopie van) het bewijs van inschrijving of het betalingsbewijs mee.

Let op

Vergoeding lidmaatschap
Om uw declaratie soepel te kunnen verwerken, moet de volgende informatie duidelijk op (de kopie van) het bewijs van inschrijving of betalingsbewijs vermeld staan.
- Naam van de patiëntenvereniging of de door ons aangewezen organisatie.
- Uw lidmaatschapsnummer bij de patiëntenvereniging of de door ons aangewezen organisatie.
- Uw klantnummer van uw zorgverzekering bij ons, uw naam en geboortedatum.
  Uw klantnummer en geboortedatum mag u zelf toevoegen op (de kopie van) het bewijs van inschrijving of betalingsbewijs als deze informatie hierop ontbreekt.
- De looptijd van het lidmaatschap (periode en jaar).
- Het bedrag van het lidmaatschap dat u heeft betaald.

Het is belangrijk dat deze informatie duidelijk op het bewijs van inschrijving of betalingsbewijs staat. Soms staat de informatie op de rekening van uw lidmaatschap. Stuur in dat geval ook de rekening mee.

MONDZORG

Artikel 48. Tandheelkundige zorg

Heeft u een Bijzonder Bewust, Zorg voor de Zorg, + Extra 1, + Extra 2 en + Extra 3? Dan krijgt u 1 budget dat u kunt inzetten voor de tandheelkundige zorg in:
- Artikel 48.1. Periodieke controle en incidenteel consult
- Artikel 48.2. Algemene tandheelkundige zorg
- Artikel 48.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

Heeft u een Tand Instap? Dan heeft u een vergoeding voor specifieke tandheelkundige zorg, genoemd in Artikel 48.1. Periodieke controle en incidenteel consult en 48.2. Algemene tandheelkundige zorg.

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.
U ontvangt maximaal de vergoeding zoals deze is opgenomen in de NZa tarievenlijst voor de betreffende behandeling.

De zorgverzekering vergoedt de meeste tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Wilt u weten welke zorg dat precies is? Kijk dan in de voorwaarden van uw zorgverzekering. Deze zorg vergoeden wij dan ook niet vanuit de aanvullende verzekering. Ook niet als een machtigingsaanvraag voor de zorgverzekering wordt afgewezen.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
maximaal € 250 per kalenderjaar	geen vergoeding	maximaal € 200 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 500 per kalenderjaar	maximaal € 1.300 per kalenderjaar	maximaal € 2.000 per kalenderjaar
Tand Instap		
Niet van toepassing, er geldt alleen vergoeding voor specifieke tandheelkundige zorg		

48.1. Periodieke controle en incidenteel consult

Dit krijgt u vergoed

- Consult voor een periodieke controle (C002)
- Incidenteel consult (C003).

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	geen vergoeding	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is
Tand Instap		
1 x per kalenderjaar een periodieke controle (C002) of een incidenteel consult (C003) 100% vergoed		

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

48.2. Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consult voor een intake en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	geen vergoeding	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Tand Instap
80% vergoed voor gebitsreiniging (M03) tot maximaal 25 minuten per kalenderjaar; 80% vergoed tot maximaal € 100 per kalenderjaar voor vullingen (V-codes), verdoving (A- en B-codes), foto's (X-codes).

Dit krijgt u niet vergoed

- A30 (voorbereiding algehele narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 (uitwendig bleken)
- V15 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.
Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

48.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

Dit krijgt u vergoed

- Tandvleesbehandelingen (T-codes)
- Kronen en bruggen (R-codes)
- Implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes)
- Gedeeltelijke protheses (P-codes).

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
geen vergoeding	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Tand Instap
geen vergoeding

Dit krijgt u niet vergoed

R79 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

Let op

Wachttijd kronen, bruggen, implantaten en gedeeltelijke protheses

Er geldt een wachttijd. Kijk in artikel 6.2.1.. Toelating tot de aanvullende verzekering(en) voor meer informatie over deze wachttijd.

Artikel 49. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De kosten van orthodontische zorg.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
80% tot maximaal € 1.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	80% tot maximaal € 2.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	80% tot maximaal € 3.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Tand Instap		
geen vergoeding		

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

Let op

Wachttijd orthodontie

Er geldt een wachttijd. Kijk in artikel 6.2.1.. Toelating tot de aanvullende verzekering(en) voor meer informatie over deze wachttijd.

Artikel 50. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

De kosten van orthodontische zorg.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
100% tot maximaal € 300 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	100% tot maximaal € 300 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	100% tot maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Tand Instap		
geen vergoeding		

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts of orthodontist.
Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

Artikel 51. Tandheelkundige kosten door een ongeval

Dit krijgt u vergoed
De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Wij vergoeden alleen de zorg die noodzakelijk is om uw tandheelkundige toestand te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval.

Droeg u een beugel tijdens het ongeval, is deze door het ongeval beschadigd of onbruikbaar geworden en is deze na het ongeval nog steeds nodig? Dan worden de kosten voor het verwijderen en herstellen van deze beugel of als dat niet mogelijk is de aanschaf van een nieuwe gelijkwaardige beugel vergoed. Deze kosten worden alleen vergoed als dit noodzakelijk is om de lopende behandeling voort te kunnen zetten.

Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering Tand Instap, Bijzonder Bewust, Zorg voor de Zorg Instap, Zorg voor de Zorg, + Extra 1, + Extra 2 en + Extra 3. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval plaatsvindt, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Bijzonder Bewust	Zorg voor de Zorg Instap	Zorg voor de Zorg
maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval
Zorg voor de Zorg + Extra 1	**Zorg voor de Zorg + Extra 2**	**Zorg voor de Zorg + Extra 3**
maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval
Tand Instap		
maximaal € 10.000 per ongeval		

Dit krijgt u niet vergoed

De kosten:

- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- na (of bij) gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- die voorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van schade aan uw gebit ontstaan door het nuttigen van etenswaren;
- als gevolg van een indicatie die voor het ongeval al aanwezig was;
- van orthodontische zorg die niet zijn gemaakt voor verwijdering, herstel of vervanging van een beugel zoals hierboven omschreven;
- van een beugel, die niet vanuit onze aanvullende verzekering vergoed zou worden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, kaakchirurg of orthodontist in Nederland.

Dit moet u zelf regelen

U heeft vooraf onze toestemming nodig. De eerste aanvraag moet voor de herstelbehandeling en binnen 3 maanden na het ongeval door ons zijn ontvangen.

Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Bij deze aanvraag moeten minimaal de volgende gegevens zitten: een verslag van de spoedeisende hulp of (tand)arts waar u voor noodhulp bent geweest, röntgenfoto's van de schade aan uw gebit, kleurenfoto's van de tandheelkundige situatie vlak na het ongeval en een behandelplan met kostenbegroting. Als de adviserend tandarts het noodzakelijk acht, kan deze aanvullende informatie opvragen bij uw zorgverlener. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

III. Bundel: Gezond met Tandongevallen

FYSIOTHERAPIE

Artikel 52. Fysiotherapie, oefentherapie en oedeemtherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. Fysiotherapie
2. Oefentherapie
3. Oedeemtherapie
4. Littekentherapie
5. Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Gezond
maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar

Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering.

Dit krijgt u niet vergoed

- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining;
- Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport.

Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut. Voor gespecialiseerde fysiotherapie kunt u terecht bij een bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, kinderfysiotherapeut of manueel therapeut.
2. Oefentherapie: bij een oefentherapeut. Voor gespecialiseerde oefentherapie kunt u terecht bij een bekkenoefentherapeut, geriatrie-oefentherapeut, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut.
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.
4. Littekentherapie: bij een huidtherapeut.
5. Hand- of vingerspalk: bij een fysiotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL).

De kosten voor gespecialiseerde therapie krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een therapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde (deel)register van het:

- Individueel Register Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF);
- Subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

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

Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson en parkinsonisme alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Gaat u naar een zorgverlener die niet is aangesloten bij ParkinsonNet, dan ontvangt u een lagere vergoeding. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg of gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgverlener in het buitenland, die vergelijkbare zorg levert? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen' en 'Lijst maximale vergoedingen buitenland' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

BUITENLAND

Artikel 53. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit krijgt u vergoed
Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.

U ontvangt de vergoeding als:
- het om spoedeisende zorg gaat. Onze alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Gezond
volledig

Dit krijgt u niet vergoed
1. Kosten voor niet-spoedeisende zorg of zorg die kan worden uitgesteld tot u terug bent in Nederland
2. Kosten van een ziekenhuisopname en/of kosten van een langdurige medische behandeling als u geen voorafgaand contact met onze alarmcentrale heeft opgenomen of laten opnemen
3. Kosten die u op grond van de wet niet zou hoeven te betalen of kosten die niet in rekening gebracht zouden zijn als er geen dekking zou zijn op basis van deze verzekering
4. Kosten van zorg die niet redelijk en noodzakelijk zijn.

Dit moet u zelf regelen
Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u onze alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de IZZ Zorgverzekering app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

Artikel 54. Repatriëring

Dit krijgt u vergoed
Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van:
- vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer
- (medisch) noodzakelijke begeleiding
- noodzakelijke communicatie
- het brengen en/of toesturen van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn

De 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.

Gezond
volledig

Dit krijgt u niet vergoed
Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Hier kunt u terecht
Bij onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB. Verzorgt onze alarmcentrale de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de IZZ Zorgverzekering app, op uw zorgpas of op onze website.

PREVENTIE

Artikel 55. Persoonlijk gezondheidsbudget

U krijgt een persoonlijk gezondheidsbudget voor preventie dat u kunt inzetten voor cursussen, zorg en advies zoals hierna beschreven in Artikel 55.1. Cursussen t/m 55.5. Consult en advies voor vrouwen.

Gezond
maximaal € 75 per kalenderjaar

55.1. Cursussen

Dit krijgt u vergoed
De kosten van (een):
- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, reuma, gewrichtsaandoeningen, kanker, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Patiënten Federatie Nederland of een thuiszorgorganisatie;
- cursussen omgaan met dementie die een thuiszorgorganisatie, de GGD- of een GGZ-instelling organiseert;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.patientenfederatie.nl

Dit moet u zelf regelen
Bij de nota stuurt u een bewijs van deelname mee.

55.2. Preventieve cursussen, zorg en advies gericht op uw fysieke en mentale gezondheid

Dit krijgt u vergoed
De kosten van (online) cursussen, zorg en advies die erop gericht zijn uw fysieke en mentale gezondheid op peil te houden of te verbeteren. Op onze website vindt u een overzicht van dit extra aanbod en waar u daarvoor terecht kunt.

55.3. Leefstijlcheck

Dit krijgt u vergoed
De kosten van een (online) leefstijlcheck met als doel inzicht krijgen in uw leefstijl. Hierbij heeft u de mogelijkheid voor een cholesterol- en glucosetest en een buikomvangmeting (thuistest). Na de check volgt een persoonlijk leefstijlgesprek met een online leefstijlcoach.

Hier kunt u terecht
Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een andere zorgverlener? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

55.4. Sportmedisch advies

Dit krijgt u vergoed
De kosten van sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

Hier kunt u terecht
Bij een sportarts (medisch specialist).

55.5. Consult en advies voor vrouwen

Dit krijgt u vergoed
De kosten van voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen met gezondheidsproblemen die veroorzaakt worden door het hormonale systeem zoals de overgang of de menstruatie.

Hier kunt u terecht
Bij een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies over vrouwen en hormonen. Of bij een verloskundige die als overgangsconsulent is aangesloten bij de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC).

MONDZORG

Artikel 56. Tandheelkundige zorg

U krijgt 1 budget dat u kunt inzetten voor de tandheelkundige zorg in:
- Artikel 56.1. Periodieke controle en incidenteel consult
- Artikel 56.2. Algemene tandheelkundige zorg
- Artikel 56.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

U ontvangt maximaal de vergoeding zoals deze is opgenomen in de NZa tarievenlijst voor de betreffende behandeling.

De zorgverzekering vergoedt de meeste tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Wilt u weten welke zorg dat precies is? Kijk dan in de voorwaarden van uw zorgverzekering. Deze zorg vergoeden wij dan ook niet vanuit de aanvullende verzekering. Ook niet als een machtigingsaanvraag voor de zorgverzekering wordt afgewezen.

Gezond
maximaal € 250 per kalenderjaar

56.1. Periodieke controle en incidenteel consult

Dit krijgt u vergoed
- Consult voor een periodieke controle (C002)
- Incidenteel consult (C003).

Gezond
75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

56.2. Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed
De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:
- consult voor een intake en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto’s (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

Gezond
75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed
- A30 (voorbereiding algehele narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 (uitwendig bleken)
- V15 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.
Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

56.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

Dit krijgt u vergoed

- Tandvleesbehandelingen (T-codes)
- Kronen en bruggen (R-codes)
- Implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes)
- Gedeeltelijke protheses (P-codes).

Gezond
75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed

R79 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

Artikel 57. Tandheelkundige kosten door een ongeval

Dit krijgt u vergoed

De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Wij vergoeden alleen de zorg die noodzakelijk is om uw tandheelkundige toestand te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval.

Droeg u een beugel tijdens het ongeval, is deze door het ongeval beschadigd of onbruikbaar geworden en is deze na het ongeval nog steeds nodig? Dan worden de kosten voor het verwijderen en herstellen van deze beugel of als dat niet mogelijk is de aanschaf van een nieuwe gelijkwaardige beugel vergoed. Deze kosten worden alleen vergoed als dit noodzakelijk is om de lopende behandeling voort te kunnen zetten.

Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering Gezond. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval plaatsvindt, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Tandongevallen
maximaal € 10.000 per ongeval

Dit krijgt u niet vergoed

De kosten:

- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- na (of bij) gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- die voorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van schade aan uw gebit ontstaan door het nuttigen van etenswaren;
- als gevolg van een indicatie die voor het ongeval al aanwezig was;
- van orthodontische zorg die niet zijn gemaakt voor verwijdering, herstel of vervanging van een beugel zoals hierboven omschreven;
- van een beugel, die niet vanuit onze aanvullende verzekering vergoed zou worden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, kaakchirurg of orthodontist in Nederland.

Dit moet u zelf regelen

U heeft vooraf onze toestemming nodig. De eerste aanvraag moet voor de herstelbehandeling en binnen 3 maanden na het ongeval door ons zijn ontvangen.

Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Bij deze aanvraag moeten minimaal de volgende gegevens zitten: een verslag van de spoedeisende hulp of (tand)arts waar u voor noodhulp bent geweest, röntgenfoto's van de schade aan uw gebit, kleurenfoto's van de tandheelkundige situatie vlak na het ongeval en een behandelplan met kostenbegroting. Als de adviserend tandarts het noodzakelijk acht, kan deze aanvullende informatie opvragen bij uw zorgverlener. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

IV. Kies zelf: IZZ Fysio Goed of Beter, IZZ Buitenland en IZZ Tand Instap, Tand Goed of Tand Beter

FYSIOTHERAPIE

Artikel 58. Fysiotherapie, oefentherapie en oedeemtherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. Fysiotherapie
2. Oefentherapie
3. Oedeemtherapie
4. Littekentherapie
5. Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Fysio Goed	Fysio Beter
maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar	maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar Voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.

Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering.

Dit krijgt u niet vergoed

- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining;
- Een hand- of vingerspalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport.

Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut. Voor gespecialiseerde fysiotherapie kunt u terecht bij een bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, kinderfysiotherapeut of manueel therapeut.
2. Oefentherapie: bij een oefentherapeut. Voor gespecialiseerde oefentherapie kunt u terecht bij een bekkenoefentherapeut, geriatrie-oefentherapeut, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut.
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.
4. Littekentherapie: bij een huidtherapeut.
5. Hand- of vingerspalk: bij een fysiotherapeut met een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL).

De kosten voor gespecialiseerde therapie krijgt u alleen vergoed als de zorg wordt geleverd door een therapeut die is ingeschreven in het daarvoor bestemde (deel)register van het:

- Individueel Register Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF);
- Subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

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

Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson en parkinsonisme alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Gaat u naar een zorgverlener die niet is aangesloten bij ParkinsonNet, dan ontvangt u een lagere vergoeding. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben voor de betreffende zorg of gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgverlener in het buitenland, die vergelijkbare zorg levert? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen' en 'Lijst maximale vergoedingen buitenland' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

BUITENLAND

Artikel 59. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval te krijgen.

U ontvangt de vergoeding als:
- het om spoedeisende zorg gaat. Onze alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Buitenland
volledig

Dit krijgt u niet vergoed

1. Kosten voor niet-spoedeisende zorg of zorg die kan worden uitgesteld tot u terug bent in Nederland
2. Kosten van een ziekenhuisopname en/of kosten van een langdurige medische behandeling als u geen voorafgaand contact met onze alarmcentrale heeft opgenomen of laten opnemen
3. Kosten die u op grond van de wet niet zou hoeven te betalen of kosten die niet in rekening gebracht zouden zijn als er geen dekking zou zijn op basis van deze verzekering
4. Kosten van zorg die niet redelijk en noodzakelijk zijn.

Dit moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u onze alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de IZZ Zorgverzekering app, op uw zorgpas of op onze website. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

Artikel 60. Repatriëring

Dit krijgt u vergoed
Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van:
- vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer
- (medisch) noodzakelijke begeleiding
- noodzakelijke communicatie
- het brengen en/of toesturen van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn

De 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.

Buitenland
volledig

Dit krijgt u niet vergoed
Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Hier kunt u terecht
Bij onze alarmcentrale. Onze alarmcentrale wordt uitgevoerd door de ANWB. Verzorgt onze alarmcentrale de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de IZZ Zorgverzekering app, op uw zorgpas of op onze website.

MONDZORG

Artikel 61. Tandheelkundige zorg

U krijgt 1 budget dat u kunt inzetten voor de tandheelkundige zorg in:
- Artikel 61.1. Periodieke controle en incidenteel consult
- Artikel 61.2. Algemene tandheelkundige zorg
- Artikel 61.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

Heeft u een Tand Instap? Dan heeft u een vergoeding voor specifieke tandheelkundige zorg, genoemd in Artikel 61.1. Periodieke controle en incidenteel consult en 61.2. Algemene tandheelkundige zorg.

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.
U ontvangt maximaal de vergoeding zoals deze is opgenomen in de NZa tarievenlijst voor de betreffende behandeling.

De zorgverzekering vergoedt de meeste tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Wilt u weten welke zorg dat precies is? Kijk dan in de voorwaarden van uw zorgverzekering. Deze zorg vergoeden wij dan ook niet vanuit de aanvullende verzekering. Ook niet als een machtigingsaanvraag voor de zorgverzekering wordt afgewezen.

Tand Goed	Tand Beter
maximaal € 250 per kalenderjaar	maximaal € 500 per kalenderjaar

61.1. Periodieke controle en incidenteel consult

Dit krijgt u vergoed

- Consult voor een periodieke controle (C002)
- Incidenteel consult (C003).

Tand Goed	Tand Beter
100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

61.2. Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consult voor een intake en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

Tand Goed	Tand Beter
75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed

- A30 (voorbereiding algehele narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 (uitwendig bleken)
- V15 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.
Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

61.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

Dit krijgt u vergoed

- Tandvleesbehandelingen (T-codes)
- Kronen en bruggen (R-codes)
- Implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes)
- Gedeeltelijke protheses (P-codes).

Tand Goed	Tand Beter
75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed
R79 (facings en schildjes) als dit cosmetische tandheelkunde betreft en niet medisch noodzakelijk is.

Hier kunt u terecht
Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

Artikel 62. Eigen bijdrage kunstgebit

Dit krijgt u vergoed
De wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:
- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknopen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

Tand Goed	Tand Beter
volledig	volledig

V. Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekeringen, die als aanvulling op de IZZ Basisverzekering gesloten worden.

Bariatrische chirurgie: maagoperatie voor mensen met ernstig overgewicht (obesitas).

Beëdigd vertaler: dit is een vertaler die bevoegd is om gewaarmerkte vertalingen te maken. Dit is nodig bij de vertaling van officiële documenten zoals medische verklaringen en documenten van de burgerlijke stand. Beëdigde vertalers staan in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), www.bureauwbtv.nl.

BMI (Body Mass Index): is een internationaal gebruikte maat die laat zien of u een gezond gewicht hebt in verhouding tot uw lengte.

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. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen.

Doelgroep Collectieve Overeenkomst: elke (postactieve) medewerker die volgens de Samenwerkingsovereenkomst IZZ-VGZ voor zichzelf, partner en kinderen kan deelnemen aan de collectieve zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen van de IZZ Zorgverzekering door VGZ.

Familielid in de 1e of 2e graad: Onder familielid in de 1e of 2e graad verstaan wij in deze verzekeringsvoorwaarden:
- 1e graad: partner, ouders (ook adoptie-, pleeg-, stief- en schoonouders), kinderen (ook adoptie-, pleeg- en stiefkinderen), schoonzonen en -dochters. Onder kinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen
- 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en -zussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

Filterglazen: dit zijn speciale brillenglazen voor een medische toepassing.

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 voorwendselen.

Geboortecentrum: instelling waar u kunt bevallen onder verantwoordelijkheid van een verloskundige. Vaak kunt u in een geboortecentrum ook kraamzorg ontvangen. Een geboortecentrum is in een ziekenhuis. Of dicht bij een ziekenhuis. Het ziekenhuis is bereikbaar via een overdekte toegang (een 'droge' verbinding).

Geneesmiddelenvergoedingssysteem: hierin staan alle geregistreerde geneesmiddelen die zorgverzekeraars vanuit de zorgverzekering vergoeden.

Hoorhulpmiddelen: dit zijn hulpmiddelen die u helpen als u slecht hoort. Denk aan een gehoorapparaat of een apparaat dat suizen vermindert.

Implantaten: kunstmatige wortels in de mond die in het kaakbot geplaatst worden, deze worden na het plaatsen voorzien van bijvoorbeeld een kroon.

Instelling:
1. Een instelling in de zin van de Wet toetreding zorgaanbieders;
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.

Lactatiekundige: een professioneel opgeleide expert die zich specifiek richt op behoeften en zorgen van de moeder die borstvoeding geeft aan haar kind.

Levatorplastiek: bovenooglidcorrectie waarbij het hefspiertje van het bovenooglid strakker gemaakt wordt waardoor het beter zijn functie kan uitoefenen en het oog beter open gaat.

Mesostructuur: drukknopen of steggen die zich bevinden tussen implantaten (of natuurlijke tanden en kiezen) en het kunstgebit of kroon of brug.

Mijn IZZ Zorgverzekering: persoonlijke online omgeving om verzekeringsgegevens in te zien en te wijzigen.

Ongeval: een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Polisblad: document waarop staat waarvoor en hoe u verzekerd bent.

Pretransplantatieonderzoek: onderzoek om te beoordelen of uw conditie goed genoeg is om een ingrijpende operatie als een transplantatie goed te doorstaan.

Schriftelijk: betekent in deze verzekeringsvoorwaarden op papier maar ook per e-mail.

Sedatie: verdoving.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg. Deze toestemming krijgt u van ons of namens ons. U moet de toestemming aanvragen voordat u die bepaalde zorg afneemt.

Torische lens: een kunstlens die bij een staaroperatie wordt geplaatst. Deze lens corrigeert niet alleen bijziendheid en verziendheid maar ook de cilinderafwijking.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

Verzekerde: degene voor wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van de verzekering staat.

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.

Wettelijke eigen bijdrage: u betaalt soms een deel van de zorg zelf, bijvoorbeeld bij een kunstgebit of hoortoestel. De overheid bepaalt hoe hoog de eigen bijdrage is en waarvoor u deze bijdrage betaalt.

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

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg. Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorghotel: een herstelhotel waar 24 uur per dag professionele zorg beschikbaar is.

Zorgverzekeraar, de/VGZ: VGZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09156723. De zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. 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.

Kijk voor meer informatie op
izzdoorvgz.nl

Voor algemene informatie **izz.nl**

De IZZ Zorgverzekering wordt uitgevoerd door VGZ. IZZ is opgericht door werkgevers en werknemers in de zorg. Namens haar leden maakt IZZ afspraken over de premie, samenstelling en service van de IZZ Zorgverzekering. VGZ is de uitvoerder van de IZZ Zorgverzekering en regelt uw verzekeringszaken. Samen werken zij al meer dan 40 jaar aan de beste zorgverzekering voor u: de zorgverzekering van mensen in de zorg.

D1110-202611

de IZZ zorgverzekering® van mensen in de zorg. door VGZ