

# Verzekeringsvoorwaarden IZZ Zorgverzekeraar 2015

IZZ Basisverzekering, Variant Natura en  
Aanvullende verzekeringen

# Welkom bij IZZ Zorgverzekeraar

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor uw zorgverzekering bij IZZ. U kunt voor meer informatie, bijvoorbeeld over declareren of onze zorgverzekeringspakketten, terecht op [www.izz.nl](http://www.izz.nl).

## **Mijn IZZ**

Via Mijn IZZ kunt u onder andere uw polis wijzigen, de stand van uw eigen risico controleren en declaraties indienen. Log in met uw DigiD en ontdek de mogelijkheden op [www.mijnizz.nl](http://www.mijnizz.nl).

## **Belangrijke informatie**

### **Contact:**

Kijk op [www.izz.nl/contact](http://www.izz.nl/contact) voor onze contactgegevens.

### **Gecontracteerde zorg**

Onze gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op [www.izz.nl/vergelijkenkies](http://www.izz.nl/vergelijkenkies).

### **Aanvragen toestemming**

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf toestemming van ons nodig hebt? Dit vindt u terug in deze verzekeringsvoorwaarden. Wilt u toestemming aanvragen? Download het toestemmingsformulier op [www.izz.nl](http://www.izz.nl). Dit formulier kunt u printen, invullen en opsturen naar:

IZZ Zorgverzekeraar  
Postbus 25150  
5600 RS Eindhoven

### **Eenvoudig online declareren**

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via [www.mijnizz.nl](http://www.mijnizz.nl). U kunt veilig inloggen met uw DigiD. Het bedrag dat wij vergoeden ontvangt u binnen 10 werkdagen op uw rekening. Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

IZZ Zorgverzekeraar  
Postbus 25030  
5600 RS Eindhoven

# Inhoud

## IZZ Basisverzekering, Variant Natura

### I. Algemeen gedeelte

8

Artikel	1. Verzekerde zorg	8
	1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg	8
	1.2. Medische noodzaak	8
	1.3. Wie mag de zorg verlenen	8
	1.4. Vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder	8
	1.5. Insturen van nota's	9
	1.6. Tijdige zorgverlening	9
	1.7. Rechtstreekse betaling	9
	1.8. Verrekening van kosten	9
	1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming	10
	1.10. Ontlenen recht	10
	1.11. Uitsluitingen	10
	1.12. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen	10
Artikel	2. Algemene bepalingen	11
	2.1. Grondslag van de verzekering	11
	2.2. Werkgebied	11
	2.3. Bijbehorende documenten	11
	2.4. Fraude	12
	2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens	12
	2.6. Mededelingen	13
	2.7. Bedenkperiode	13
	2.8. Interpretatie	13
	2.9. Voorrangsbepaling	13
	2.10. Nederlands recht	13
Artikel	3. Premie	13
	3.1. Premiegrondslag en premiekortingen	13
	3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst	13
	3.3. Verschuldigdheid van premie	13
	3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten	14
	3.5. Verrekening	14
	3.6. Niet-tijdig betalen	14
Artikel	4. Overige verplichtingen	16
Artikel	5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	16
	5.1. Wijziging voorwaarden	16
	5.2. Opzeggingsrecht	16
Artikel	6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering	16
	6.1. Begin en duur	16
	6.2. Einde van rechtswege	17
	6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?	17
	6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?	17
	6.5. Bewijs van einde	17
	6.6. Verzekering van onverzekerden	18
Artikel	7. Verplicht eigen risico	18
	7.1. Hoogte verplicht eigen risico	18
	7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?	18
	7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet?	18
	7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico	19
	7.5. Berekening verplicht eigen risico	19
Artikel	8. Vrijwillig eigen risico	19
	8.1. Varianten vrijwillig eigen risico	19
	8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?	19
	8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico	19
	8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico	19
	8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico	19

Artikel	9.	Buitenland	20
	9.1.	U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland	20
	9.2.	U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is	20
	9.3.	Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	20
	9.4.	Verwijzing en/of toestemmingsvereiste	20
Artikel	10.	Klachten en geschillen	21
	10.1.	Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement	21
	10.2.	Klachten over onze formulieren	21

## II. Zorgartikelen

22

### Geneeskundige zorg

22

Artikel	11.	Huisartsenzorg	22
Artikel	12.	Zorgprogramma's (ketenzorg)	23
Artikel	13.	Verpleging en verzorging	24
Artikel	14.	Verloskundige zorg en kraamzorg	25
Artikel	15.	Medisch specialistische zorg	27
Artikel	16.	Revalidatie	29
Artikel	17.	Erfelijkheidsonderzoek	30
Artikel	18.	In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	31
Artikel	19.	Audiologische zorg	32
Artikel	20.	Plastische en/of reconstructieve chirurgie	33
Artikel	21.	Transplantatie van weefsels en organen	33
Artikel	22.	Zintuiglijk gehandicaptenzorg	34
Artikel	23.	Stoppen-met-rokenprogramma	35

### Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

35

Artikel	24.	Generalistische basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder	35
Artikel	25.	Gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder	36

### Paramedische zorg

37

Artikel	26.	Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck	37
Artikel	27.	Logopedie	38
Artikel	28.	Ergotherapie	39
Artikel	29.	Dieetadvisering	39

### Mondzorg

40

Artikel	30.	Tandheelkundige zorg en kaakchirurgie	40
Artikel	31.	Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder	42

### Farmaceutische zorg

42

Artikel	32.	Geneesmiddelen	42
Artikel	33.	Dieetpreparaten	44

### Hulpmiddelenzorg

45

Artikel	34.	Hulpmiddelen en verbandmiddelen	45
---------	-----	---------------------------------	----

### Verblijf in een instelling

47

Artikel	35.	Verblijf	47
---------	-----	----------	----

### Ziekenvervoer

48

Artikel	36.	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	48
---------	-----	---	----

### Zorgbemiddeling

49

Artikel	37.	Zorgadvies en bemiddeling	49
---------	-----	---------------------------	----

## III. Begripsomschrijvingen

50

# IZZ Aanvullende verzekeringen

## I. Algemeen gedeelte

54

Artikel 1.	Verzekerde zorg	54
Artikel 2.	Algemene bepalingen	56
Artikel 3.	Premie	58
Artikel 4.	Overige verplichtingen	59
Artikel 5.	Wijziging premie en voorwaarden	60
Artikel 6.	Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	60
Artikel 7.	Klachten en geschillen	61
Artikel 8.	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	62

## II. Pakket

63

### IZZ Zorg voor de Zorg, IZZ Zorg voor de Zorg + Zorg voor de Zorg Extra 1, IZZ Zorg voor de Zorg + Zorg voor de Zorg Extra 2, IZZ Zorg voor de Zorg + Zorg voor de Zorg Extra 3.

#### Alternatieve zorg

63

Artikel 1.	Behandelingen en/of consulten	63
Artikel 2.	Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	64

#### Anticonceptie

64

Artikel 3.	Anticonceptie	64
------------	---------------	----

#### Buitenland

65

Artikel 4.	Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	65
Artikel 5.	Repatriëring	65
Artikel 6.	Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland	66

#### Huidbehandelingen

66

Artikel 7.	Acnebehandeling	66
Artikel 8.	Camouflagetherapie	66
Artikel 9.	Ontharen	67
Artikel 10.	Psoriasisbehandeling	67

#### Hulpmiddelen

68

Artikel 11.	Brillen, contactlenzen, ooglaserbehandeling of lensimplantaties	68
Artikel 12.	Batterijen van hoortoestellen	68
Artikel 13.	Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	69
Artikel 14.	Eenvoudige loopkrukken	69
Artikel 15.	Mammaprothese	70
Artikel 16.	Pruiken	70
Artikel 17.	Redressiehelm	70
Artikel 18.	Schoenen	71
Artikel 19.	Steunpessarium	71
Artikel 20.	Steun- en therapiezolen	71
Artikel 21.	Wekapparatuur/plaswekker	72

#### Mantelzorg

72

Artikel 22.	Mantelzorgmakelaar	72
Artikel 23.	Vervangende mantelzorg	73

#### Medisch Specialistische zorg

73

Artikel 24.	Besnijdennis (medische circumcisie)	73
Artikel 25.	Buikwandcorrectie	74
Artikel 26.	Correctie van oorschelpen	74
Artikel 27.	Ooglidcorrectie	75
Artikel 28.	Sterilisatie	75

#### Mondzorg

76

Artikel 29.	Algemene tandheelkundige zorg	76
Artikel 30.	Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen	76
Artikel 31.	Orthodontie	77

<b>Paramedische zorg</b>	<b>77</b>
Artikel 32. Fysiotherapie en ergotherapie	77
Artikel 33. Alternatieve bewegingstherapie	79
Artikel 34. Voetbehandelingen	79
<b>Preventieve zorg</b>	<b>80</b>
Artikel 35. Cursussen, voorlichting en trainingen	80
Artikel 36. Sport Medisch Advies	81
Artikel 37. Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	81
Artikel 38. Zorg voor vrouwen in de overgang	81
Artikel 39. Dieetadvisering	82
Artikel 40. IZZ Healthcheck	82
Artikel 41. Lidmaatschap patiëntenvereniging	83
<b>Verblijf</b>	<b>83</b>
Artikel 42. Herstellingsoorden en zorghotels	83
Artikel 43. Hospice	83
Artikel 44. Logeershuis Ronald McDonald/Kiwanis, gastenverblijf Ter Weijde	84
Artikel 45. Kuuroord	84
<b>Verloskundige zorg en kraamzorg</b>	<b>85</b>
Artikel 46. Verloskundige zorg	85
Artikel 47. Kraampakket	85
Artikel 48. Kraamzorg bij adoptie	85
Artikel 49. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene	86
Artikel 50. Problemen met borstvoeding	86
Artikel 51. Elektrische borstkolf	87
<b>Thuiszorg</b>	<b>87</b>
Artikel 52. Hulp bij het huishouden	87
<b>Vervoer</b>	<b>88</b>
Artikel 53. Vervoer in verband met transplantatie van organen	88
<b>Vitamines</b>	<b>88</b>
Artikel 54. Vitamines	88
<b>Zorg voor patiënten met kanker</b>	<b>89</b>
Artikel 55. Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker	89

### **III. Pakket IZZ Bijzonder Bewust** **90**

<b>Paramedische zorg</b>	<b>90</b>
Artikel 1. Fysiotherapie en ergotherapie	90
Artikel 2. Alternatieve bewegingstherapie	91
<b>Brillen, contactlenzen, ooglaserverhandeling of lensimplantatie</b>	<b>91</b>
Artikel 3. Brillen, contactlenzen, ooglaserverhandeling of lensimplantaties	91
<b>Mondzorg</b>	<b>92</b>
Artikel 4. Algemene tandheelkundige zorg	92

### **IV. Kies zelf IZZ Fysio, IZZ Buitenland, IZZ Tand** **93**

<b>Paramedische zorg</b>	<b>93</b>
Artikel 1. Fysiotherapie	93
<b>Buitenland</b>	<b>94</b>
Artikel 2. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	94
Artikel 3. Repatriëring	94
<b>Mondzorg</b>	<b>95</b>
Artikel 4. Tandheelkundige zorg	95

### **V. Begripsomschrijvingen** **96**

**Deel 1**  
IZZ Basisverzekering  
Variant Natura

# I. Algemeen gedeelte

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De IZZ Basisverzekering, variant Natura is een naturaverzekering van IZZ Zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering hebt u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

---

#### Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u in welke instelling of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website.

---

### 1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden 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 zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

### 1.3. Wie mag de zorg verlenen

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

---

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

---

### 1.4. Vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden wettelijke Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

#### Uitzondering:

de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot maximaal 100% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen ons en de betreffende zorgaanbieders:

- Huisartsenzorg (artikel 11);
- Verloskundige zorg (artikel 14.1) die wordt geleverd door een huisarts;



- Medisch specialistische zorg (artikel 15 tot en met 21) die wordt geleverd door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis, en het eventueel medisch noodzakelijke verblijf (artikel 35);
- Geestelijke gezondheidszorg (artikel 24, 25 en 35) geleverd door een psychiater, klinisch (neuro) psycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater, gezondheidszorgpsycholoog of verpleegkundig specialist GGZ verbonden aan een GGZ-instelling of (psychiatrische afdeling van een) ziekenhuis;
- Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder (artikel 30.3) die wordt geleverd door een kaakchirurg verbonden aan een ziekenhuis.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

### 1.5. Insturen van nota's

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

Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de naam en paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van [www.XE.com](http://www.XE.com). Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

---

#### Online declareren

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

---

### 1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, hebt u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

### 1.7. Rechtstreekse betaling

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

### 1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, houden wij geen rekening met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen brengen wij later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

### **1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming**

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel. Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

#### **Verwijzing of voorschrift**

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

#### **Toestemming**

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. U kunt uw aanvraag dan ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de voorwaarden.

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

### **1.10. Ontlenen recht**

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van uw zorgverzekering plaatsvindt. Als een behandeling in 2 kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

### **1.11. Uitsluitingen**

U hebt 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 eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 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 munitie die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

### **1.12. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen**

Hebt 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 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, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan hebt u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

---

### 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. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

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 verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven. Na het sluiten van de zorgverzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

### 2.2. Werkgebied

De zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

---

IZZ Zorgverzekeraar is een landelijk werkende verzekeraar. Zolang u verzekeringsplichtig bent, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een verzekeringsplichtige die in het buitenland woont, heeft recht op deze verzekering.

---

### 2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Premiebijlage;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP);
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht vrijstelling eigen risico;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
- Zorgstandaarden Diabetes mellitus, COPD en VRM;
- Beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)';
- Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland;
- Reglement farmaceutische zorg;
- Reglement hulpmiddelen;
- Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging;
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard;
- Dynamisch overzicht (psychologische) interventies binnen de GGZ van Zorgverzekeraars Nederland.

U vindt deze documenten op onze website. U kunt de documenten ook via onze klantenservice opvragen.

## 2.4. Fraude

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

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:

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

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende (zorg)verzekering(en) kunnen ook worden beëindigd. U kunt in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

## 2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) (zorg)verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerden-administratie.

### Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ U.A. U vindt de gedragscode en de Privacy Verklaring op onze website.

Wij zijn verplicht uw Burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

Wilt u meer informatie, uw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? U kunt hiervoor bij de privacy manager terecht via het e-mailadres op onze website onder het kopje 'privacy'.

---

### Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als

zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

---

## 2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen.

---

### E-mail

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

---

## 2.7. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

## 2.8. Interpretatie

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis bepalend.

## 2.9. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet voor.

## 2.10. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

# Artikel 3. Premie

## 3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een korting die in een collectieve overeenkomst is overeengekomen. De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. U vindt de premiebijlage op onze website.

De premiegrondslag en premiekortingen die voor u gelden, vindt u op uw polisblad.

## 3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag.

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

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

## 3.3. Verschuldigdheid van premie

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

---

### Voorbeeld

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

---

## 3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

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

3.4.2. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

### Kosteloze betaalmogelijkheden

a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen.

b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via 'Mijn IZZ' gratis een digitale nota te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.

c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

### Kosten voor betaling van uw premie per papieren acceptgiro

Als u geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, dan ontvangt u voor de betaling van de premie een papieren acceptgiro. U betaalt per papieren acceptgiro € 1,50 voor alle kosten die gemaakt worden voor het in stand houden, vervaardigen, aanbieden en verwerken van een acceptgiro. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u per papieren acceptgiro € 1,50.

3.4.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleent u toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig onze opdrachten. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

## 3.5. Verrekening

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

## 3.6. Niet-tijdig betalen

3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.

Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.2. Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

3.6.3. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of kosten, hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.6.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

3.6.5. Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

3.6.6. Als u een betalingsachterstand hebt van 2 maandpremies, bieden wij u als verzekeringnemer een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk 10 werkdagen nadat wij deze betalingsachterstand hebben vastgesteld.

Deze betalingsregeling bestaat ten minste uit:

- a. - uw machtiging voor automatische incasso van nieuwe verschuldigde premie, of;  
- uw opdracht aan uw werkgever, pensioenfonds, uitkeringsinstantie of een andere derde van wie u periodieke betalingen ontvangt, om namens u als verzekeringnemer de nieuwe verschuldigde premies rechtstreeks aan ons te betalen;
- b. afspraken over de wijze waarop u uw schulden, inclusief rente- en incassokosten, aan ons betaalt en binnen welke termijnen;
- c. onze toezegging dat wij uw zorgverzekering niet beëindigen, schorsen of opschorten zolang u uw machtiging of opdracht tot betaling zoals opgenomen onder a niet intrekt en de afspraken zoals opgenomen in de betalingsregeling nakomt.

Wij geven u 4 weken de tijd om ons aanbod voor een betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies; zie artikel 3.6.8.

Het kan ook zijn dat u iemand anders hebt verzekerd voor een zorgverzekering bij ons. In dat geval nemen wij in ons aanbod voor een betalingsregeling ook een bereidverklaring tot opzegging van deze verzekering op met ingang van de dag waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:

- de verzekerde zich uiterlijk met ingang van dezelfde dag op grond van een andere zorgverzekering heeft verzekerd;
- en de verzekerde de machtiging of opdracht tot betaling zoals omschreven onder a heeft afgegeven als de nieuwe zorgverzekering ook bij ons is gesloten.

Wij sturen deze verzekerde een kopie van alle in dit artikel genoemde stukken op hetzelfde moment dat de stukken aan u als verzekeringnemer worden gestuurd.

- 3.6.7.** a. Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 4 maandpremies, delen wij u mee dat wij u bij het Zorginstituut Nederland zullen aanmelden zoals opgenomen in artikel 3.6.8. Als de zorgverzekering voor een ander is gesloten, informeren wij deze verzekerde.  
b. U of de verzekerde kunt ons uiterlijk binnen 4 weken laten weten het bestaan of de hoogte van de schuld te betwisten. Als wij uw betwisting op tijd hebben ontvangen, stellen wij een onderzoek in. Als wij u meedelen dat wij ons standpunt handhaven, kunt u binnen 4 weken een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijke rechter voorleggen.  
c. Als de betalingsregeling zoals opgenomen in artikel 3.6.6 ingaat nadat er een betalingsachterstand van 4 maandpremies is ontstaan sturen wij u geen mededeling zoals vermeld onder a zolang u de nieuwe premies voldoet.
- 3.6.8.** Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 6 of meer maandpremies, melden wij u aan bij het Zorginstituut Nederland. Na de aanmeldingsbevestiging van het Zorginstituut Nederland bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie aan het Zorginstituut Nederland te betalen. Het Zorginstituut Nederland int deze premie totdat u alle verschuldigde bedragen inclusief rente- en incassokosten hebt betaald.  
Wij melden u niet aan bij het Zorginstituut Nederland als:
  - a. u de premieachterstand op tijd hebt betwist en wij ons standpunt nog niet aan u hebben meegedeeld;
  - b. u binnen 4 weken nadat wij u hebben meegedeeld ons standpunt te handhaven en de premieschuld te melden aan het Zorginstituut Nederland, het geschil hebt voorgelegd aan de SKGZ of burgerlijke rechter en zolang er op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
  - c. als u zich hebt aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoonde dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden hebt gesloten.Onze verklaring dat wij artikel 18b en het tweede lid van artikel 18c Zorgverzekeringswet in acht hebben genomen, vormt onderdeel van de melding bij het Zorginstituut Nederland.
- 3.6.9.** Wij stellen u en het Zorginstituut Nederland meteen op de hoogte van de datum waarop:
  - a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden volledig zijn voldaan of tenietgaan;
  - b. de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op u van toepassing heeft verklaard;
  - c. u gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin wij deelnemen.De plicht om de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut Nederland te betalen, eindigt met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de data zoals hierboven vermeld. Vanaf dit moment herleeft uw plicht om de premie aan ons te betalen.
- 3.6.10.** U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 18e Zorgverzekeringswet.

## Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij uw recht op de verzekerde zorg schorsen.

## Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

### 5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

### 5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht hebt u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zorgverzekeringswet gestelde regels.

## Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

### 6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Door een zorgverzekering bij ons aan te vragen, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Bent u verzekeringsplichtig, maar hebt u nog geen BSN? Dan kunt u toch als verzekerde worden ingeschreven.
- 6.1.2. Soms kunnen wij niet uit uw aanvraag afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.
- 6.1.3. Als u al een andere zorgverzekering hebt op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven latere datum.
- 6.1.4. Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. U moet zich dan binnen 1 maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.
- 6.1.5. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, gaat de zorgverzekering in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

---

#### Voorbeeld

U bent verplicht uw kind binnen 4 maanden na de geboorte te verzekeren, zodat uw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

---

- 6.1.6. De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Wij zijn niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of voor een verzekeringsplichtige die al verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet.



## 6.2. Einde van rechtswege

De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- IZZ Zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet op tijd meedeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, zullen wij deze kosten bij u (terug)vorderen. Als wij vaststellen dat de zorgverzekering is geëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

## 6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

### 6.3.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

### 6.3.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de zorgverzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als u bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding.

### 6.3.3. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.1 en 6.3.2 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om de oude zorgverzekering op te zeggen.

### 6.3.4. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, kunt u uw zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan. U kunt de zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken uw opzegging bevestigen.

## 6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering 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 zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

## 6.5. Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:

- naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
- of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringsplicht is geëindigd, wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

## 6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het Zorginstituut Nederland op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- a. u kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het Zorginstituut Nederland binnen 2 weken aantoont dat u al een zorgverzekering hebt gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het Zorginstituut Nederland u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- b. wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig bent;
- c. u kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzegmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.

## Artikel 7. Verplicht eigen risico

### 7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 375 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

### 7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.  
Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;
- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)'. Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);
- verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 13;
- verloskundige zorg en kraamzorg.  
Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, prenatale diagnostiek of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;
- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg.  
Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico;
- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het leveren van drinkvoeding (dieetpreparaten), voor zover zij de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen leveren zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg;
- hulpmiddelen in bruikleen;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 21, Transplantatie van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 21, Transplantatie van weefsels en organen;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

### 7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet?

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie staat in het Overzicht vrijstelling eigen risico. U vindt dit overzicht op onze website.

#### 7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, berekenen wij het eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

---

##### Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 375 x 30 gedeeld door 365 is € 30,82 en wordt afgerond op € 31.

---

#### 7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

## Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

### 8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

### 8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

### 8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

#### 8.3.1. Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

---

##### Voorbeeld

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar bestaat uit 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 375 x 30 gedeeld door 365 is € 30,82 en wordt afgerond op € 31. Het totale eigen risico bedraagt € 39 (€ 31 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

---

#### 8.3.2. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
- de som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
- de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

### 8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk of via 'Mijn IZZ' doorgeven.

### 8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risico-bedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

## Artikel 9. Buitenland

### 9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

---

#### Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

---

#### Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, hebt u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. De EHIC is ook geldig als u naar Australië gaat. In Australië hebt u hiermee recht op spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening.

---

### 9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

---

#### Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

---

### 9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

### 9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

## Artikel 10. Klachten en geschillen

### 10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

10.1.1. U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

---

#### Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- 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 is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

---

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

### 10.2. Klachten over onze formulieren

10.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

10.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: [informatielijn@nza.nl](mailto:informatielijn@nza.nl). Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, [www.nza.nl](http://www.nza.nl), is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

# II. Zorgartikelen

## GENEESKUNDIGE ZORG

### Artikel 11. Huisartsenzorg

#### Omschrijving

U hebt recht op:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken, preconceptiezorg (kinderwensconsult) en voetzorg als u diabetes mellitus type 1 of 2 hebt.

Onder begeleiding bij het stoppen met roken verstaan wij:

- korte behandelingen, zoals eenmalige korte stopadviezen;
- intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel).

Onder preconceptiezorg (kinderwensconsult) verstaan wij:

- adviezen over gezonde voeding;
- advies over inname van foliumzuur;
- advies over inname van vitamine D;
- adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
- adviezen over geneesmiddelengebruik;
- adviezen over behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
- adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
- het opsporen van risico's aan de hand van uw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling als u (nog) niet zwanger bent.

Onder de genoemde voetzorg bij diabetes mellitus verstaan wij:

- jaarlijkse voetcontrole die bestaat uit een anamnese, een risico-inventarisatie en het vaststellen van de Simm's classificatie;
- vanaf zorgprofiel 1: advisering over adequaat schoeisel, voetverzorgingsadviezen en advies in omgaan met belasting en belastbaarheid;
- vanaf zorgprofiel 2: meer frequent gericht voetonderzoek, controles en inzet van diagnostiek, behandeling van huid- en nagelproblemen, voetvorm- en standsafwijkingen of andere risicofactoren.

Deze voetzorg omvat geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

De vermelde Simm's classificatie en zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voet-ulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetzorg die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De Zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u hebt.

---

#### Voetzorg als onderdeel van een zorgprogramma

Hebt u diabetes mellitus type 2 en ontvangt u hiervoor voetzorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12? In dat geval hebt u geen recht op de in dit artikel omschreven voetzorg.

---

2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover wij met uw huisarts afspraken hebben gemaakt. Voorbeelden van deze zorg zijn:
  - (kleine) chirurgische verrichtingen;
  - ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
  - longfunctiemeting (spirometrie);
  - dopplersonderzoek (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders);
  - MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus);
  - audiometrie (onderzoek van het gehoor);
  - het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Bent u 21 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel;
  - het inspuiten van spataderen (varices sclerosering);
  - therapeutische injecties.

### Wie mag de zorg verlenen

Huisarts of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, maatschappelijk werker, nurse practitioner (NP), physician assistent (PA) of praktijkondersteuner (GGZ).

Voor de in dit artikel genoemde voetzorg mag u naar een podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Levert de podotherapeut (een deel van) de voetzorg niet zelf? Dan mag de voetzorg worden verleend door een medisch pedicure of pedicure met een aantekening Diabetische voet die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister voor de pedicure (KRP) van ProCert, als deze samenwerkt met de podotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Ook de samenwerkingsverbanden tussen podotherapeuten en pedicures vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Waar mag de voetzorg worden verleend

De voetzorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### Bijzonderheden

Voor het recht op :

1. voetzorg als onderdeel van het zorgprogramma diabetes mellitus type 2, zie artikel 12, Zorgprogramma's;
2. medisch specialistische zorg, zie artikel 15, Medisch specialistische zorg.

---

### IZZ Gezondheidslijn

Hebt u een vraag over uw gezondheid, dan kunt u daarvoor terecht bij uw huisarts, maar u kunt ook de IZZ Gezondheidslijn bellen. De IZZ Gezondheidslijn is een medische advieslijn. U overlegt telefonisch met een ervaren verpleegkundige. Met behulp van een aantal gerichte vragen bepaalt deze verpleegkundige de ernst van uw klachten en geeft u vervolgens een advies. Dit gebeurt eventueel in samenspraak met een huisarts. Dit advies kan variëren van een zelfzorgadvies ('u kunt het beste een paracetamol nemen') tot 'ga direct naar de huisarts'. De IZZ Gezondheidslijn is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor gezondheidsadvisering. Kijk voor het telefoonnummer op onze website.

Wij vinden gezondheid erg belangrijk. Op [www.gezondizz.nl](http://www.gezondizz.nl) vindt u een schat aan duidelijke en medisch betrouwbare informatie, toegespitst op gezondheid en levensstijl.

---

## Artikel 12. Zorgprogramma's (ketenzorg)

### Omschrijving

U hebt recht op een van de volgende zorgprogramma's (ketenzorg):

1. diabetes mellitus type 2 (DM type 2);
2. vasculair risicomangement (VRM; dit is het managen van (risico's op) hart- en vaatziekten);
3. chronisch obstructieve longziekte (COPD; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem).

Alle zorgonderdelen van het zorgprogramma moeten voldoen aan de zorgstandaard Diabetes mellitus, COPD of VRM. U vindt de zorgstandaarden op onze website.

De zorgprogramma's worden bekostigd volgens de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)'.

---

### Zorgprogramma's (ketenzorg)

Zorgprogramma's zijn speciaal ontwikkeld om de zorg voor chronisch zieken kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren in een regio. De zorgaanbieders werken nauw met elkaar samen in een zorggroep zodat de zorg die u nodig hebt beter op elkaar is afgestemd. Voor het zorgprogramma geldt een integraal tarief waarmee alle zorg binnen het programma wordt bekostigd. Daarom kunt u voor de zorg binnen het zorgprogramma alleen terecht bij zorgaanbieders die zijn aangesloten bij de door ons gecontracteerde zorggroep.

### Zorggroep

De zorggroep is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders met verschillende disciplines onder leiding van een huisarts die samen de ketenzorg leveren. Naast de huisarts wordt ook zorg geleverd door bijvoorbeeld een verpleegkundige, praktijkondersteuner, diëtist, podotherapeut of pedicure.

---

#### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorggroep. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorggroepen vindt u op onze website. U kunt ook informeren bij de huisartsenpraktijk naar de mogelijke zorgprogramma's en bij welke zorggroep u hiervoor terecht kunt.

Gaat u voor een van de genoemde zorgprogramma's naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van een zorgprogramma? Dan hebt u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (artikel 11) en dieetadvisering (artikel 29).

#### Bijzonderheden

Medisch specialistische zorg valt niet onder het zorgprogramma (de ketenzorg). Voor het recht op deze zorg, zie artikel 15, Medisch specialistische zorg.

## Artikel 13. Verpleging en verzorging

#### Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of;
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

#### Persoonsgebonden budget (PGB)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een PGB. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

#### Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Verwijsbrief nodig van

medisch specialist:

- voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar;
- voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

#### Bijzonderheden

1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.



2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen.

## Artikel 14. Verloskundige zorg en kraamzorg

### 14.1. Verloskundige zorg

#### Omschrijving

U hebt recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- preconceptiezorg (kinderwensconsult):  
als u een kindwens hebt, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- counseling:  
als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, hebt u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo;
- de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie hebt. Voor het recht op een NIPT of invasieve diagnostiek wordt onder medische indicatie ook verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een kind met een chromosoom afwijking;
- twintig-weeken echo (SEO):  
met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

---

#### De combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

Als u vanwege uw medische geschiedenis een verhoogd risico hebt op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), hebt u recht op de diagnostiek.

Als u geen medische indicatie hebt, kunt u voor eigen rekening een combinatietest ondergaan.

Blijkt uit deze combinatietest dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoom afwijking? Dan hebt u recht op een NIPT en invasieve diagnostiek.

---

#### Wie mag de zorg verlenen

Verloskundige of huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde.

De combinatietest en de twintig-weeken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning volgens de WBO nodig om het onderzoek uit te voeren. Voor de NIPT kunt u terecht in een universitair centrum en voor de invasieve diagnostiek in een centrum voor prenatale diagnostiek.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Bijzonderheden

Voor het recht op verloskundige zorg verleend door een gynaecoloog, zie artikel 15, Medisch specialistische zorg.

## 14.2. Kraamzorg

### Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

### Wie mag de zorg verlenen

Gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 4,15 per uur voor kraamzorg thuis of in een geboortecentrum;
- € 16,50 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een door ons gecontracteerd geboortecentrum of in een ziekenhuis, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief dat het door ons gecontracteerde geboortecentrum of het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 117,50 per dag voor zowel moeder als kind.

### Bijzonderheden

1. Wij stellen het aantal kraamzorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP). U hebt recht op ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. Het kraamcentrum indiceert de benodigde uren. U vindt dit protocol op onze website.
2. Voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengen wij het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering op het aantal geïndiceerde kraamzorguren.
3. Als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan hebt u ook op deze dubbele dag recht op kraamzorg.

---

### Let op

Vraag kraamzorg ten minste 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via onze website. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt.

---

---

### Op welke verloskundige zorg en kraamzorg hebt u recht?

Omschrijving	Opgenomen in uw zorgverzekering?
<b>Bevalling en kraamzorg thuis</b>	
Bevalling thuis	Ja. Voor de assistentie door de kraamverzorgende bij de bevalling thuis (partusassistentie) geldt een eigen bijdrage van € 4,15 per uur.
Kraamzorg thuis	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,15 per uur.
<b>Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum</b>	
Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum	Ja
Kraamzorg in een (door ons gecontracteerd) geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,15 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Ja. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.

Omschrijving	Opgenomen in uw zorgverzekering?
<b>Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum</b>	
Bevalling zonder medische noodzaak voor verblijf in een door ons gecontracteerd geboortecentrum	Ja. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 202 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: - Maximale vergoeding is 2 x € 117,50: € 235 per dag - Af: eigen bijdrage is 2 x € 16,50: € 33 per dag € 202 per dag
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het door ons gecontracteerde geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 202 per dag moet u zelf bijbetalen.
Kraamzorg in (een door ons gecontracteerd) geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,15 per uur.

#### Medische noodzaak

Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Let op: kosten van verblijf worden alleen vergoed als u bevalt in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum.

## Artikel 15. Medisch specialistische zorg

#### Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder verstaan wij eenmalige korte stopadviezen.

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- tot 1 januari 2016 behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor gevonden kan worden) met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 januari 2017 behandeling van therapieresistente hypertensie (verhoogde bloeddruk) met toepassing van percutane renale denervatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 januari 2017 behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie als u deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)' of als u deelneemt aan observationeel onderzoek naar deze zorg zoals hieronder vermeld;
- tot 1 januari 2018 behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 januari 2018 verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;

- aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
  1. wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
  2. niet hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
  3. hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

De Minister van VWS heeft de mogelijkheid om tussentijds zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. U ontvangt hierover van ons informatie.

U hebt geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op circumcisie;
- e. behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- f. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar hebt bereikt.

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysisch audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant.

#### **Let op**

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria. Dat geldt met name voor:

1. (kijk)operatie en combinatiebehandeling (operatie en chemotherapie) in verband met:
  - alveeskliekkanker;
  - blaaskanker;
  - borstkanker;
  - dikke darmkanker;
  - endeldarmkanker;
  - longkanker;
  - maagkanker;
  - prostaatkanker;
  - slokdarmkanker;
2. bariatrische chirurgie;
3. cataractbehandeling (behandeling van staar);
4. coloscopie (inwendig darmonderzoek) dat wordt uitgevoerd nadat u hebt meegedaan aan het bevolkingsonderzoek darmkanker en een uitnodiging hebt ontvangen voor verder vervolgonderzoek;
5. knievervanging;
6. heupvervanging.

Het kan zijn dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum niet door ons is gecontracteerd voor deze zorg.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Verwijsbrief nodig van**

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

### Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

---

#### Voor welke zorg hebt u vooraf toestemming nodig?

U hebt voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden.

**Oogheelkunde:** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglidcorrecties.

**KNO-heelkunde:** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.

**Heelkunde:** gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.

**Dermatologie:** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming hebt gevraagd.

#### Let op

Voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard hebt u altijd vooraf toestemming nodig. Kijk hiervoor in artikel 20, Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

---

### Bijzonderheden

1. De apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten vallen onder hulpmiddelen-zorg, zie artikel 34, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
3. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
4. Voor het recht op:
  - medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg;
  - zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 25, Gespecialiseerde GGZ;
  - mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 30, Tandheelkundige zorg en kaakchirurgie.

## Artikel 16. Revalidatie

### 16.1. Revalidatie

#### Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- de quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

### Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatie-arts worden uitgevoerd.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

## 16.2. Geriatrische revalidatie

### Omschrijving

Uw recht op geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. U hebt maximaal 6 maanden recht op geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

U hebt alleen recht op deze zorg als:

1. de zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 35, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;
2. u een acute aandoening hebt waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening hebt ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;
3. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

---

### Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die een medisch-specialistische behandeling ondergaan. Bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstel mogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is om hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven deelnemen.

---

### Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

## Artikel 17. Erfelijkheidsonderzoek

### Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook adviesing plaatsvinden.

### Wie mag de zorg verlenen

Centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

## Artikel 18. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

### 18.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

#### Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Als u bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden voor rekening van uw zorgverzekering. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan hebt u alleen recht op de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

Onder een gerealiseerde zwangerschap verstaan wij een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b. het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d. het een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, behoort het terugplaatsen daarvan niet meer tot dezelfde poging.

---

#### Wanneer hebt u opnieuw recht op 3 IVF-pogingen?

Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op 3 pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit (onvruchtbaarheid). Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van 3 pogingen, als er sprake is van gezamenlijke infertiliteit.

---

#### Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Verwijsbrief nodig van

Gynaecoloog of uroloog.

### **Bijzonderheden**

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. U hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie.

---

### **IVF in het buitenland**

Of u in aanmerking komt voor IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden. Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

---

## **18.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen**

### **Omschrijving**

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Bent u een vrouw van 43 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op fertiliteitsbevorderende behandelingen.

### **Wie mag de zorg verlenen**

Gynaecoloog of uroloog.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### **Verwijsbrief nodig van**

Huisarts of medisch specialist.

## **Artikel 19. Audiologische zorg**

### **Omschrijving**

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

### **Wie mag de zorg verlenen**

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### **Verwijsbrief nodig van**

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

### **Bijzonderheden**

Het recht op gehoorapparatuur is geregeld in artikel 34, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.



## Artikel 20. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

### Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

U hebt geen recht op:

- a. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

---

### Informatie over behandelingen van plastisch-chirurgische aard

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u meer informatie over deze zorg. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

---

### Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

### Toestemming

U hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## Artikel 21. Transplantatie van weefsels en organen

### Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan hebt u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de preserving, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;

- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten vergoeden wij niet.

Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, komen de kosten van vervoer bedoeld onder e en f voor rekening van de zorgverzekering van de donor.

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Medisch specialist.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

## **Artikel 22. Zintuiglijk gehandicaptenzorg**

#### **Omschrijving**

U hebt recht op zintuiglijk gehandicaptenzorg. Onder deze zorg wordt verstaan multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Instelling die zich toelegt op de behandeling van zintuiglijk gehandicapten en waar de behandeling plaatsvindt door een multidisciplinair team.

Zorg in verband met een visuele beperking: eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan is de oogarts of de gezondheidszorgpsycholoog. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de klinisch fysicus of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a van het Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de zintuiglijk gehandicaptenzorg worden gesteld.

Zorg in verband met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis: eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg is de gezondheidszorgpsycholoog. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de orthopedagoog of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de zintuiglijk gehandicaptenzorg worden gesteld.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Verwijsbrief nodig van**

Medisch specialist of huisarts. Verwijzing voor zorg in verband met een auditieve of communicatieve beperking mag ook plaatsvinden door een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum.

## Artikel 23. Stoppen-met-rokenprogramma

### Omschrijving

U hebt recht op zorg volgens het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma houdt in: de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg. Ook hebt u recht op geneesmiddelen als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering. U kunt het programma volgen in een groep of individueel. Het doel van het programma is dat u stopt met roken. U kunt maximaal 1 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

### Wie mag de zorg verlenen

Zorgaanbieders die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken.

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

De geneesmiddelen mogen alleen worden geleverd door de Nationale Apotheek. Meer informatie over de Nationale Apotheek vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Of gaat u voor de geneesmiddelen naar een apotheker of apothekhoudend huisarts waarmee wij voor deze geneesmiddelen geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

## GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

---

### Dyslexiezorg en geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen jonger dan 18 jaar

Vanaf 1 januari 2015 valt dyslexiezorg en geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen jonger dan 18 jaar onder de Jeugdwet. Het college van de gemeente waar de jeugdige woont, is verantwoordelijk voor deze zorg. Het college is er verantwoordelijk voor dat de jeugdige de jeugdhulp die al is begonnen op 1 januari 2015 kan voortzetten bij dezelfde zorgaanbieder, als dit redelijkerwijs mogelijk is.

---

## Artikel 24. Generalistische basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder

### Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op generalistische basis GGZ zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen. Samen met uw behandelaar maakt u een behandelplan waarin u afsprekt welke zorg u nodig hebt en hoe lang de zorg gaat duren. Uw behandelaar stelt vervolgens vast op welke zorg u recht hebt:

1. Basis GGZ Kort (BK);
2. Basis GGZ Middel (BM);
3. Basis GGZ Intensief (BI);
4. Basis GGZ Chronisch (BC).

U hebt geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- intelligentieonderzoek;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. In het Dynamisch overzicht (psychologische) interventies binnen de GGZ van Zorgverzekeraars Nederland vindt u de interventies die wel, niet, of specifiek voor een bepaalde stoornis voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit overzicht vindt u op onze website.

### Wie mag de zorg verlenen

Hoofdbehandelaar GGZ: psychiater, klinisch (neuro) psycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater, gezondheidszorgpsycholoog of verpleegkundig specialist GGZ. De verpleegkundig specialist GGZ mag alleen Basis GGZ Chronisch (BC) verlenen en is werkzaam in een zorggroep. Medebehandelaar GGZ: onder eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een medebehandelaar. Een medebehandelaar moet een beroep uitoefenen zoals vermeld in de DBC-beroepentabel GGZ die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of specialist ouderengeneeskunde.

## Artikel 25. Gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder

### Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw behandelaar. Uw behandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. U kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

U hebt geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. In het Dynamisch overzicht (psychologische) interventies binnen de GGZ van Zorgverzekeraars Nederland vindt u de interventies die wel, niet, of specifiek voor een bepaalde stoornis voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit overzicht vindt u op onze website.

### Wie mag de zorg verlenen

Hoofdbehandelaar GGZ: psychiater, klinisch (neuro) psycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater of verpleegkundig specialist GGZ. De zorg in de GGZ-instelling wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg.

Medebehandelaar GGZ: onder eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een medebehandelaar. Een medebehandelaar moet een beroep uitoefenen zoals vermeld in de DBC-beroepentabel GGZ die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten. Een psychiater die een behandeltraject na verwijzing van de huisarts is gestart, kan op basis van deze verwijzing doorverwijzen. De huisarts wordt hiervan op de hoogte gesteld. Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en bent u 18 jaar geworden, dan hebt u een nieuwe verwijzing nodig.

## PARAMEDISCHE ZORG

### Artikel 26. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

#### Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar:

- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst;
- hebt u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan hebt u per kalenderjaar recht op maximaal 9 behandelingen per aandoening. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, hebt u nog recht op maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening. In totaal hebt u in dit geval dus recht op maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder:

- u hebt recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

#### Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

In het schema hieronder vindt u op hoeveel zorg u recht hebt:

Omschrijving	Jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen.	9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)
Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen Let op: voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt	volledig	vanaf 21e behandeling
Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen.	geen vergoeding

### **Wie mag de zorg verlenen**

Fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kindersfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut. Oedeemtherapie mag ook worden verleend door een huidtherapeut.

De geriatrisch fysiotherapeut, kindersfysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### **Waar mag de zorg worden verleend**

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### **Toestemming**

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U hebt een verklaring nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist waaruit blijkt dat u behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze Lijst. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

### **Bijzonderheden**

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

- arbocuratieve of reïntegratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

## **Artikel 27. Logopedie**

### **Omschrijving**

U hebt recht op zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De Hanen Oudercurcus valt ook onder deze zorg.

### **Wie mag de zorg verlenen**

Logopedist.

Voor de meeste logopedische behandelingen is geen aanvullende specialisatie vereist.

De zorg die alleen mag worden verleend door een gespecialiseerde logopedist is:

- een specifieke (individuele) zitting voor patiënten met de indicatie stotteren, de indicatie preverbaale logopedie en/of de indicatie afasie;
- behandeling volgens het Hanen-Ouderprogramma, of;
- de Groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren (IZS).

Stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### **Waar mag de zorg worden verleend**

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van de logopedist of stottertherapeut of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### **Bijzonderheden**

Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

## **Artikel 28. Ergotherapie**

### **Omschrijving**

U hebt recht op zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, tot maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar.

### **Wie mag de zorg verlenen**

Ergotherapeut.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### **Waar mag de zorg worden verleend**

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

## **Artikel 29. Dieetadvisering**

### **Omschrijving**

Uw recht op dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar.

---

### **Dieetadvisering als onderdeel van een zorgprogramma**

Wanneer u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of een verhoogd vasculair risico hebt en u ontvangt hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12, dan wordt de dieetadvisering voor deze of gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd.

---

### **Wie mag de zorg verlenen**

Diëtist.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

## MONDZORG

# Artikel 30. Tandheelkundige zorg en kaakchirurgie

### 30.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

#### Omschrijving

Als u jonger bent dan 18 jaar, hebt u recht op zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op dit onderzoek;
2. incidenteel consult;
3. tandsteen verwijderen;
4. fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit; 2 keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op deze behandeling;
5. sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);
6. behandeling van het tandvles (parodontale hulp);
7. verdoving (anesthesie);
8. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
9. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
10. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
11. volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);
12. kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken;
13. chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten. U hebt alleen recht op het aanbrengen van implantaten voor de zorg omschreven onder omschrijving, punt 12;
14. röntgenonderzoek. U hebt geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

#### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugdandverzorging.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig als het gaat om kronen, bruggen en implantaten zoals omschreven onder omschrijving, punt 12. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

### 30.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

#### Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

U hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt. U hebt ook recht op het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvles, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.



U hebt alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is.

---

#### **Let op**

Het ontbreken van enkele blijvende tanden of kiezen door een aanlegstoornis komt regelmatig voor. U hebt recht op bijzondere tandheelkunde als bij u ten minste 6 tanden en kiezen in aanleg ontbreken (verstandskiezen tellen niet mee).

---

#### **Gebitsprothese op implantaten**

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Als u een niet-uitneembare of geschroefde brug of prothese wilt op implantaten in plaats van een uitneembaar kunstgebit, dan vergoeden wij de kosten hiervan niet.

---

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Tandarts verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, orthodontist of kaakchirurg. Een Centrum voor bijzondere tandheelkunde is een centrum verbonden aan een ziekenhuis of universiteit voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Eigen bijdrage**

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Voor een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) in het kader van de bijzondere tandheelkunde bent u een wettelijke bijdrage verschuldigd van € 125 per kaak. Deze eigen bijdrage geldt ook voor een gebitsprothese gemaakt voor implantaten.

#### **Verwijsbrief nodig van**

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

#### **Toestemming**

U hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

### **30.3. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

#### **Omschrijving**

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U hebt geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties.

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Kaakchirurg.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Verwijsbrief nodig van**

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

## Artikel 31. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

### Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of tandprotheticus.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten. U bent geen eigen bijdrage verschuldigd voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

### Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig:

1. Als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese hoger zijn dan:
  - € 675 voor een boven- of onderkaak;
  - € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen.
2. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen.

De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

---

### Eigen bijdrage gebitsprothese

U hebt recht op een gebitsprothese (kunstgebit) voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering hebt.

U hebt recht op een implantaat voor een kunstgebit als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Kijk hiervoor in artikel 30.2. U betaalt in dit geval een eigen bijdrage van € 125 per kaak in plaats van een eigen bijdrage van 25% van de kosten.

Let op: naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

---

## FARMACEUTISCHE ZORG

### Artikel 32. Geneesmiddelen

#### Omschrijving

Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;
- begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

#### Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij voorkeursgeneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u recht op levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

#### Voorkeursgeneesmiddelen (preferente geneesmiddelen)

Wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als voorkeursgeneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen met

specifieke toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en specifieke toedieningsweg niet, hebt u aanspraak op de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u geen gebruik van voorkeursgeneesmiddelen, dan vergoeden wij deze in principe niet. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het voorkeursmiddel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel.

Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie. U vindt de lijst met aangewezen geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website.

---

### **Voorkeursbeleid geneesmiddelen (preferentiebeleid)**

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursgeneesmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Het verplicht en vrijwillig eigen risico geldt niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, de begeleiding bij nieuwe medicatie of een inhalatie instructie, niet zijn vrijgesteld van het eigen risico.

---

### **Zelfzorgmiddelen**

U hebt recht op zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

### **Niet-geregistreerde geneesmiddelen**

U hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabriekantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

### **Wie mag de zorg verlenen**

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### **Eigen bijdrage**

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

---

### **Eigen bijdrage geneesmiddelen**

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Als u moet bijbetalen voor een medicijn, telt deze eigen bijdrage niet mee voor uw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op onze website. U kunt voor informatie ook terecht bij uw apotheker.

---

### **Recept (voorschrift)**

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

### **Toestemming**

Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 hebt u vooraf onze toestemming nodig. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met deze geneesmiddelen tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie. Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl) downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan vooraf toestemming vragen door de artsverklaring rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

#### **Bijzonderheden**

1. U hebt geen recht op:

- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- farmaceutische zorg met betrekking tot een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
- voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
- advies farmaceutische zelfzorg;
- advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
- advies ziekerisico bij reizen;
- preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet door de minister van VWS is aangewezen;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

2. Geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 5 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

3. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, dagbehandeling of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

---

#### **Anticonceptiemiddelen**

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Bent u 21 jaar of ouder? U hebt alleen recht op anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Als u geen recht hebt op deze vergoeding, krijgt u de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanstaafje door de huisarts of medisch specialist.

---

## **Artikel 33. Dieetpreparaten**

#### **Omschrijving**

U hebt recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

U hebt alleen recht op deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- b. lijdt aan een voedselallergie;
- c. lijdt aan een resorptiestoornis;
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- e. daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

---

### **Voorkeursdrinkvoeding (voorkeursproducten)**

Wij kunnen voor enkele groepen drinkvoeding waarop u recht hebt op basis van dit artikel, voorkeursproducten selecteren. Er is dan voorkeur voor lager geprijsde drinkvoeding (van een bepaalde fabrikant en/of een bepaald merk).

U vindt de door ons geselecteerde drinkvoeding in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met geselecteerde drinkvoedingen (voorkeursproducten) op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

### **Uw voordeel**

Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder en gebruikt u de door ons geselecteerde voorkeurs drinkvoeding, dan hebt u een voordeel. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden dan namelijk niet. U kunt ook kiezen voor andere drinkvoeding, die niet als voorkeursdrinkvoeding is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

---

### **Wie mag de dieetpreparaten leveren**

Apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij Linde Homecare en Mediq Tefa.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

**Let op:** gaat u voor sondevoeding naar een andere (zorg)aanbieder dan Linde Homecare of Mediq Tefa? Dan hebt u geen recht op vergoeding.

Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

### **Toestemming**

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan uw behandelend arts of diëtist een Verklaring dieetpreparaten van onze website downloaden en invullen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan de door uw arts of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten inleveren. Uw zorgaanbieder beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw zorgaanbieder wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de Verklaring dieetpreparaten rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

### **Bijzonderheden**

U hebt geen recht op dieetproducten.

---

### **Dieetproducten (geen vergoeding)**

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten vergoeden wij niet.

---

## **HULPMIDDELENZORG**

### **Artikel 34. Hulpmiddelen en verbandmiddelen**

#### **Omschrijving**

U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of u vooraf onze toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

---

### **Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders**

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten, kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

---

### **Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren**

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

---

### **IncontinentieZorgService voor vrouwen**

Met deze service kunt u, onder begeleiding van een continëntieverpleegkundige, eenvoudig en in korte tijd zelf een belangrijke stap zetten naar een mogelijke oplossing voor ongewild urineverlies. Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen. De digitale vragenlijst vindt u op: [www.incontinentiezorgservice.nl](http://www.incontinentiezorgservice.nl). Vervolgens kunt u gebruikmaken van persoonlijke begeleiding door een continëntieverpleegkundige. De zorg wordt aan huis geleverd.

---

### **Bruikleen**

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel in bruikleen? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

---

### **Eigen bijdrage/maximale vergoeding**

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

### **Verwijsbrief nodig van**

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig hebt. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

### **Toestemming**

U hebt voor de eerste aanschaf van een hulpmiddel of verbandmiddel altijd vooraf onze toestemming nodig. Wij beoordelen of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Hierbij beoordelen wij of u bent aangewezen op het hulpmiddel of verbandmiddel. Ook bekijken wij of het hulpmiddel doelmatig is en niet onnodig kostbaar. U vindt in

het Reglement hulpmiddelen per hulpmiddel of u voor vervanging of reparatie van het hulpmiddel ook voorafgaande toestemming nodig hebt.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Uw zorgaanbieder beoordeelt voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige hulpmiddelen is afgesproken dat wij de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder uw aanvraag naar ons door.

Als u om privacyoverwegingen niet wilt dat de zorgaanbieder uw aanvraag beoordeelt, kunt u ons de aanvraag ook rechtstreeks sturen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U moet ons dan zelf voorafgaande toestemming vragen. Wilt u bij de aanvraag de offerte van het hulpmiddel en de toelichting van de voorschrijver meesturen?

Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen.

#### **Bijzonderheden**

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen hebt ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

## **VERBLIJF IN EEN INSTELLING**

### **Artikel 35. Verblijf**

#### **Omschrijving**

U hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg, verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, gespecialiseerde GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Als u op 31 december 2014 een zorgzwaartepakket B GGZ hebt in de AWBZ, wordt het verblijf vanaf 1 januari 2015 niet vergoed vanuit de zorgverzekering maar vanuit de Wlz.

#### **Waar mag het verblijf plaatsvinden**

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling, in een revalidatie-instelling of op een locatie waar de zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts plaatsvindt die voldoen aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) deze stelt aan een instelling.

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

Gaat u naar een instelling waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Op voorschrift van**

Huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg.

#### **Bijzonderheden**

Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen) bedoeld in dit artikel onder omschrijving. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar.

### Artikel 36. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

#### Omschrijving

U hebt recht op:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
  - a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
  - b. naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
  - c. vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 1b, naar:
    - een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
    - een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
  - d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a, b of c;
2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

- a. u moet nierdialyses ondergaan;
- b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
- c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

---

#### Wanneer komt u in aanmerking voor zittend ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?

Uw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat u niet in staat bent om met openbaar vervoer te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door uw visus (gezichtsscherpte) en door uw gezichtsveld. U hebt recht op zittend ziekenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer u een gezichtsveldbeperking hebt van minder dan 20 graden. Het kan ook voorkomen dat u een combinatie hebt van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om uw recht op vervoer te kunnen beoordelen.

- 
- e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

---

#### Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer (km). Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

---

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

#### Wie mag het ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer verzorgen

1. Ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Zittend ziekenvervoer:
  - taxivervoerder;
  - openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;
  - eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,31 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

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



Maakt u gebruik van een ambulance- of taxivervoerder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Eigen bijdrage**

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 97 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

#### **Op voorschrift van**

Huisarts of medisch specialist. U hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

#### **Toestemming**

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer. U kunt deze toestemming met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer aanvragen. Dit formulier vindt u op onze website.

#### **Bijzonderheden**

1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.

## **ZORGBEMIDDELING**

### **Artikel 37. Zorgadvies en bemiddeling**

#### **Omschrijving**

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de zorgverzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website.

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

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, mag u gebruikmaken van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

# III. Begripsomschrijvingen

**Collectieve overeenkomst:** een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen IZZ 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 Behandeling Combinatie (DBC):** een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

**Eigen bijdrage:** een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op (vergoeding van de kosten van) zorg, dat u zelf moet betalen voordat u recht hebt op (vergoeding van de kosten van) het resterende deel van de zorg.

**Eigen risico:**

1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat voor u zelf moet betalen;
2. vrijwillig eigen risico: een door u als verzekeringnemer met IZZ Zorgverzekeraar als onderdeel van de zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat u zelf moet betalen.

**Europese Unie en EER-lidstaat:** hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechoë, het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

**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:** eerstelijns geboortecentrum voor het faciliteren van natale zorg (zorg tijdens de bevalling) en post-natale zorg (zorg gedurende de eerste 10 dagen na de bevalling), waarvan het beheer en de exploitatie wordt uitgevoerd door aanbieders van eerstelijns geboortezorg. Het beheer en exploitatie van het eerstelijns geboortecentrum kan ook worden uitgevoerd door zorgaanbieders anders dan eerstelijns verloskundigen, zoals kraamzorginstaties.

**GGZ:** Geestelijke gezondheidszorg.

**GGZ-instelling:** instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening en als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

**Instelling:**

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

**IZZ Basisverzekering, variant Natura:** een tussen IZZ Zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de IZZ Basisverzekering, variant Natura aangeduid met 'de zorgverzekering'.

**IZZ Zorgverzekeraar:** IZZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09143315. IZZ Zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001039. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt IZZ Zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.

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

**Toestemming** (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens IZZ Zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

**U:** verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

**Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaap-Verdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

**Verzekerde:** degene voor wie het risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad van IZZ Zorgverzekeraar staat.

**Verzekeringnemer:** degene die met IZZ Zorgverzekeraar een zorgverzekering 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.

**Verzekeringsplichtige:** degene die op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

**Verzekeringsvoorwaarden IZZ Basisverzekering, variant Natura / verzekeringsvoorwaarden:** de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van IZZ Zorgverzekeraar.

**Wlz:** Wet langdurige zorg.

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

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

**Zorg:** zorg of overige diensten.

**Zorgpolis:** de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en IZZ Zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd. De zorgpolis bestaat uit een polisblad en deze verzekeringsvoorwaarden.

**Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.



# Deel 2

## Aanvullende verzekeringen

# I. Algemeen gedeelte

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

### 1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden 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 zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

### 1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

Gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden.

De maximale vergoeding vindt u in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders'. Deze lijst vindt u op onze website.

### 1.4. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts, fysiotherapeut en gezondheidszorg-psycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruikmaakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Dit wordt in het betreffende zorgartikel aangegeven.

Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel.

### 1.5. Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks.

Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. We nemen alleen originele nota's in behandeling.

U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige manier zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden.

Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van [www.XE.com](http://www.XE.com). Hierbij gaan we uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

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

---

### **Uw kosten online declareren**

U kunt gebruikmaken van onze online declaratieservice. Ga naar [www.mijnizz.nl](http://www.mijnizz.nl) en volg daar de uitleg voor online declareren. Na het indienen van de declaratie vragen wij u de originele nota een jaar te bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

---

#### **1.6. Rechtstreekse betaling**

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

#### **1.7. Verrekening van kosten**

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

#### **1.8. Verwijzing, voorschrift of toestemming**

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

##### **Verwijzing of voorschrift**

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

##### **Toestemming**

U hebt in een aantal gevallen onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. U kunt uw aanvraag dan ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in deze verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

#### **1.9. Ontlenen recht**

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor een bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

#### **1.10. Uitsluitingen**

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet op tijd betalen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wlz, als de verzekerde voor deze wet verzekerd was;
- (vergoeding van kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering;

- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wlz, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. Zie 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 munitie die zich binnen Nederland voordoet, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

### 1.11. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

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

---

#### Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwikkelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims. 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 verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aan-gegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

### 2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke manier aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Na het sluiten van de verzekeringsovereenkomst ontvangt u van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten verzekeringen vermeld.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen. De aanvullende verzekeringen vallen onder "Pakketten" of "Kies zelf".

#### Pakketten:

Pakket "IZZ Zorg voor de Zorg": hoofdstuk II;

- IZZ Zorg voor de Zorg: hoofdstuk II, artikelen 1 t/m 55;
- IZZ Zorg voor de Zorg + IZZ Zorg voor de Zorg Extra 1: hoofdstuk II, artikelen 1 t/m 55;
- IZZ Zorg voor de Zorg + IZZ Zorg voor de Zorg Extra 2: hoofdstuk II, artikelen 1 t/m 55;
- IZZ Zorg voor de Zorg + IZZ Zorg voor de Zorg Extra 3: hoofdstuk II, artikelen 1 t/m 55;

Pakket "IZZ Bijzonder Bewust": hoofdstuk III.



**Kies zelf:**

- IZZ Fysio Goed; hoofdstuk IV, artikel 1;
- IZZ Fysio Beter; hoofdstuk IV, artikel 1;
- IZZ Buitenland Europa; hoofdstuk IV, artikelen 2 en 3
- IZZ Buitenland Wereld: hoofdstuk IV, artikelen 2 en 3;
- IZZ Tand Goed; hoofdstuk IV, artikel 4;
- IZZ Tand Beter; hoofdstuk IV, artikel 4.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn hoofdstuk I en V op alle verzekeringen van toepassing.

---

In de vergoedingstabellen van hoofdstuk II t/m IV worden de namen van de verschillende pakketten en Kies zelf-modules zonder IZZ vermeld.

---

### 2.3. Bijbehorende documenten

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

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL.

Deze documenten vindt u op onze website.

### 2.4. Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registeren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken. Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:

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

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat wij uw aanvullende verzekering(en) kunnen beëindigen. U kunt in dat geval gedurende een periode van acht jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

### 2.5. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekering(en). Uw persoonsgegevens worden opgenomen in onze verzekerdenadministratie.

**Verwerking persoonsgegevens**

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ UA. U kunt de gedragscode en de Privacy Verklaring inzien op onze website.

Wij zijn verplicht uw Burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beide vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

Wilt u meer informatie, uw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? U kunt hiervoor bij de privacy manager terecht via het emailadres op onze website onder het kopje 'privacy'.

---

#### **Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders**

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw aanvullende verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

---

## **2.6. Mededelingen**

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan u doen.

---

#### **E-mail**

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

---

## **2.7. Bedenkperiode**

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

## **2.8. Nederlands recht**

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

# **Artikel 3. Premie**

## **3.1. Verschuldigheid van premie**

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekeringen. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

## **3.2. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten**

**3.2.1.** U bent als verzekeringnemer verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage op de bij aanmelding overeengekomen manier voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.

**3.2.2.** U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

#### **Kosteloze betaalmogelijkheden**

- U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen;
- U maakt gebruik van de mogelijkheid om via [www.mijnizz.nl](http://www.mijnizz.nl) gratis een digitale nota te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal;

- Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

#### **Kosten voor betaling van uw premie per papieren acceptgiro**

Als u geen gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, dan ontvangt u hiervoor een papieren acceptgiro. U betaalt dan per papieren acceptgiro € 1,50 voor alle kosten die gemaakt worden voor het in stand houden, vervaardigen, aanbieden en verwerken van een acceptgiro. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u per papieren acceptgiro € 1,50.

- 3.2.3.** Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleent u toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig onze opdrachten. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

### **3.3. Verrekening**

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

### **3.4. Niet op tijd betalen**

- 3.4.1.** Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen, als u niet op tijd betaalt. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan (kunnen) de aanvullende verzekering(en) weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De aanvullende verzekering(en) wordt (worden) met terugwerkende kracht hersteld.
- 3.4.2.** Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
- 3.4.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen of onterecht uitbetaalde vergoedingen, hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.4.4.** Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.4.5.** Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

## **Artikel 4. Overige verplichtingen**

#### **U bent verplicht:**

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

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

## Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

### 5.1. Wijziging premie en voorwaarden

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

### 5.2. Opzeggingsrecht

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

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

### 6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de IZZ Basisverzekering aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons de IZZ Basisverzekering aanvraagt, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvullende verzekering(en) niet opgezegd moet(en) worden, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

### 6.2. Toelating en keuze van de aanvullende verzekering(en)

#### 6.2.1. Toelating voor de aanvullende verzekeringen

U kunt de aanvullende verzekeringen alleen in aanvulling op de IZZ Basisverzekering sluiten. Er geldt geen medische selectie.

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten.

Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering(en) als de verzekeringnemer met uitzondering van het pakket "IZZ Bijzonder Bewust".

#### 6.2.2. Mogelijke keuzes

Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen een aanvullende verzekering(-scombinatie) onder Pakketten of Kies zelf kiezen. Combinaties van aanvullende verzekeringen onder Pakketten en Kies zelf zijn niet mogelijk.

#### Pakketten:

U kunt kiezen uit het pakket "IZZ Zorg voor de Zorg" en het pakket "IZZ Bijzonder Bewust".

Bij het pakket "IZZ Zorg voor de Zorg" geldt voor de aanvullende verzekeringen het volgende:

- IZZ Zorg voor de Zorg Extra 1, IZZ Zorg voor de Zorg Extra 2 of IZZ Zorg voor de Zorg Extra 3 kan alleen in combinatie met de IZZ Zorg voor de Zorg gesloten worden;
- u moet een keuze maken tussen IZZ Zorg voor de Zorg Extra 1, IZZ Zorg voor de Zorg Extra 2 of IZZ Zorg voor de Zorg Extra 3.

#### Kies zelf:

Wanneer u een aanvullende verzekering onder 'Kies zelf' afsluit, geldt het volgende:

- u kunt maximaal drie aanvullende modules kiezen;
- u kunt voor IZZ Fysio en IZZ Tand kiezen uit 'Goed' en 'Beter'. Voor IZZ Buitenland kunt u kiezen uit 'Europa' en 'Wereld'.

#### 6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt van aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1 en 6.2.2 is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijzigingen uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgende kalenderjaar.

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

### 6.3. Einde van rechtswege

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

- wij door wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk twee maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- wij stoppen met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen. Wij informeren u hierover uiterlijk drie maanden van te voren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering(en) hebben geleid of kunnen leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

### 6.4. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

#### 6.4.1. Jaarlijks

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

#### 6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de IZZ Basisverzekering.

#### 6.4.3. 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 zorgverzekering toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering(en) op te zeggen.

### 6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering 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 3.4;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

## Artikel 7. Klachten en geschillen

### 7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

7.1.1. U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

---

#### Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waar u ontevreden over bent en wat volgens u de beste oplossing is.
  - 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 is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.
- 

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

## **7.2. Klachten over onze formulieren**

- 7.2.1.** Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.
- 7.2.2.** U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorg-autoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: [informatielijn@nza.nl](mailto:informatielijn@nza.nl). Op de website van de Nederlandse Zorg-autoriteit, [www.nza.nl](http://www.nza.nl), is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

## **Artikel 8. Zorg- en wachtlijstbemiddeling**

U hebt aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. Als sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kunt u een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website.

U kunt ook contact met ons opnemen. Het telefoonnummer vindt u op onze website. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg, denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u de mogelijkheden.

## II. Pakket

IZZ Zorg voor de Zorg,

IZZ Zorg voor de Zorg + Zorg voor de Zorg Extra 1,

IZZ Zorg voor de Zorg + Zorg voor de Zorg Extra 2,

IZZ Zorg voor de Zorg + Zorg voor de Zorg Extra 3.

### ALTERNATIEVE ZORG

#### Artikel 1. Behandelingen en/of consulten

##### Omschrijving

Behandelingen en/of consulten die vallen onder de volgende stromingen:

- acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
- antroposofische alternatieve geneeswijzen;
- homeopathie;
- natuurgeneeswijzen;
- psychosociale zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar.

##### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder.

U vindt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders op onze website.

##### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	ten hoogste € 200 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 200 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 500 per kalenderjaar

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

##### Bijzonderheden

- Onder alternatieve zorg verstaan wij niet de consulten en (groeps)behandelingen voor:
  - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
  - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
  - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
  - relatietherapie
  - schoonheidsbevordering;
  - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
  - Celtherapie en Chelatietherapie.
- Wij vergoeden de kosten niet voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, school-psychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.
- Hebt u klachten aan uw bewegingsapparaat? Kijkt u dan in artikel 33, Alternatieve bewegingstherapie.

## Artikel 2. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

### Omschrijving

Homeopathische en antroposofische middelen die volgens de Geneesmiddelenwet als homeopathische geneesmiddelen worden aangemerkt.

### Wie mag de middelen leveren

Apotheker of apotheehoudend huisarts.

### Recept (voorschrift)

Een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	€ 100 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 2	€ 100 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	€ 300 per kalenderjaar

## ANTICONCEPTIE

## Artikel 3. Anticonceptie

### Omschrijving

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

### Wie mag het middel verlenen

Apotheker of apotheehoudend huisarts.

### Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	
Zorg voor de Zorg + Extra 1	ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)
Zorg voor de Zorg + Extra 2	
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

### Bijzonderheden

1. Per voorschrift bestaat aanspraak op de anticonceptiepil voor een periode van een jaar.
2. Verzekerden jonger dan 21 jaar hebben op grond van de IZZ Basisverzekering aanspraak op anticonceptiemiddelen.
3. De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje worden vergoed vanuit uw zorgverzekering.



## BUITENLAND

### Artikel 4. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

#### Omschrijving

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit uw zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U hebt recht op vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer. Bij opname in een ziekenhuis en/of langdurige medische behandeling moet u de IZZ Alarmcentrale inschakelen. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en onze website. Zonder inschakeling van de IZZ Alarmcentrale hebt u voor een opname in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling geen recht op vergoeding. Onder ziekenhuisopname verstaan wij een behandeling van één of meer nachten in een ziekenhuis/instelling.

#### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	volledig op basis van werelddekking
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig op basis van werelddekking
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig op basis van werelddekking

### Artikel 5. Repatriëring

#### Omschrijving

Uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

#### Wie mag de repatriëring verzorgen

IZZ Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en onze website

#### Vergoeding:

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	volledig op basis van werelddekking
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig op basis van werelddekking
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig op basis van werelddekking

#### Bijzonderheden

De IZZ Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

## Artikel 6. Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

### Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten voor de in het betreffende EU-/ EER-land of verdragsland van toepassing zijnde wettelijke bijdragen voor niet-spoedeisende zorg volgens de wettelijke regeling van dat land. Zoals remgelden in België en Selbstbeteiligung of Praxisgebühr in Duitsland. De vergoeding van die zorg moet plaatsvinden op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of het socialezekerheidsverdrag.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	ten hoogste € 1.000 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 1.000 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 1.000 per kalenderjaar

## HUIDBEHANDELINGEN

### Artikel 7. Acnebehandeling

#### Omschrijving

Behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

#### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

#### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 200 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 200 per kalenderjaar

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

#### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

### Artikel 8. Camouflagetherapie

#### Omschrijving

Behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, wijnvlekken en donkere of lichte vlekjes in de huid, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

#### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 200 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 200 per kalenderjaar

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

## Artikel 9. Ontharen

### Omschrijving

Behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat.

### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 570 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 570 per kalenderjaar

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

## Artikel 10. Psoriasisbehandeling

### Omschrijving

Behandeling gericht op het bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis door middel van balneotherapie. Er moet sprake zijn van een ernstige vorm van psoriasis.

### Wie mag de zorg verlenen

Een in psoriasis gespecialiseerd dagbehandelingscentrum.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 910 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 910 per kalenderjaar

### Verwijsbrief nodig van

Dermatoloog.

### Bijzonderheden

Aanspraak op lichttherapie in de thuissituatie en andere vormen van therapie voor de bestrijding van psoriasis is opgenomen in uw zorgverzekering.

### Artikel 11. Brillen, contactlenzen, ooglaserbehandeling of lensimplantaties

#### Omschrijving

1. Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte, inclusief bijbehorende brillmonturen en kosten van aanmeting. De vergoeding geldt ook voor de wettelijke eigen bijdrage als de brillenglazen of filterglazen ten laste van uw zorgverzekering zijn verstrekt voor verzekerden jonger dan 18 jaar.
2. Een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. Deze tegemoetkoming geldt ook voor de kosten die zijn gemaakt voor een cataractoperatie (staaroperatie) waarbij een multifocale lens is geplaatst. Het gaat om het verschil in de kosten tussen een multifocale lens en een monofocale lens die vanuit uw zorgverzekering niet wordt vergoed.

#### Wie mag de zorg verlenen

1. Omschrijving, punt 1: opticien of optiekbedrijf.
2. Omschrijving, punt 2: oogarts.

#### Vergoeding

	omschrijving, punt 1 en 2 samen
Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	ten hoogste € 100 per drie kalenderjaren
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 200 per drie kalenderjaren
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 340 per drie kalenderjaren

#### Bijzonderheden

De kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.

#### Bril- en contactlenzen

Wij hebben met een aantal opticienketens speciaal voor u aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij deze voorkeursleveranciers uw bril en/ of contactlenzen aan te schaffen, dan krijgt u een aantrekkelijke korting.

#### Ooglaseren en/of lensimplantatie

Wij hebben met een aantal centra voor refractiechirurgie (ooglaseren en/of lensimplantaties) afspraken gemaakt. Daardoor krijgt u een korting, waardoor het bedrag dat u zelf moet betalen lager wordt. De kwaliteit is door ons getoetst.

Ga naar onze website voor meer informatie.

### Artikel 12. Batterijen van hoortoestellen

#### Omschrijving

Batterijen voor een hoortoestel.

#### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig, voor ten hoogste twee hoortoestellen
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig, voor ten hoogste twee hoortoestellen

## Artikel 13. Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

### Omschrijving

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

### Wie mag de zorg verlenen

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

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	Volledig, maximaal 2 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Recept (voorschrift)

Huisarts of medisch specialist.

### Bijzonderheden

1. De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt.
2. De kosten van een spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport, vergoeden wij niet.

## Artikel 14. Eenvoudige loopkrukken

### Omschrijving

Bruikleen of vergoeding van kosten van aanschaf van eenvoudige loopkrukken. Er is sprake van bruikleen als de periode van gebruik korter is dan 26 weken.

### Vergoeding

	gecontracteerde leverancier	niet-gecontracteerde leverancier
Zorg voor de Zorg		
Zorg voor de Zorg + Extra 1	volledig (bruikleen en aanschaf)	ten hoogste € 25 (aanschaf) per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 2		
Zorg voor de Zorg + Extra 3		

U vindt de gecontracteerde leveranciers op onze website.

### Verwijsbrief nodig van

Uw huisarts of medisch specialist als u het hulpmiddel aanschaf.

## Artikel 15. Mammaprothese

### Omschrijving

Artikelen die u gebruikt na een borstamputatie. Het betreft de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothese badpak en een zwemprothese. Hieronder vallen ook de benodigde schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 50 per twee kalenderjaren
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 50 per twee kalenderjaren

### Bijzonderheden

U krijgt alleen een vergoeding als aanspraak bestaat op een mammaprothese op grond van uw zorgverzekering.

## Artikel 16. Pruiken

### Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten die voor rekening van de verzekerde komen in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. Het betreft hier het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en het bedrag zoals genoemd in de Regeling zorgverzekering.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 50 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 50 per kalenderjaar

### Bijzonderheden

1. U krijgt alleen een vergoeding als aanspraak bestaat op een pruik op grond van uw zorgverzekering.
2. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U vindt het document op onze website.

## Artikel 17. Redressiehelm

### Omschrijving

Therapie met een redressiehelm voor uw kind tot de leeftijd van 14 maanden. Er moet sprake zijn van een ernstige afplatting van de achterzijde van het hoofd of een erg scheef hoofd zonder dat er sprake is van het vroegtijdig sluiten van de schedelnaad.

### Wie mag de zorg verlenen

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

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

**Verwijsbrief nodig van**  
Kinderarts.

## Artikel 18. Schoenen

### Omschrijving

U hebt de keuze uit een vergoeding voor:

1. aangepaste confectieschoenen;
2. inspectie en reparatie van (semi-)orthopedische schoenen vanaf de 10e maand na leveringsdatum.

### Vergoeding

	1. aangepaste confectie schoenen	2. inspectie en reparatie van (semi-)orthopedische schoenen
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 50 per paar	ten hoogste € 30 eenmalig
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 50 per paar	ten hoogste € 30 eenmalig

### Wie mag de zorg verlenen

Oorspronkelijke leverancier.

### Bijzonderheden

U krijgt alleen vergoeding als er sprake is van een indicatie voor orthopedische schoenen volgens de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U vindt het document op onze website.

## Artikel 19. Steunpessarium

### Omschrijving

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

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

## Artikel 20. Steun- en therapiezolen

### Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

### Wie mag de steun- en therapiezolen leveren

Orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats of podotherapeut.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 90 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 90 per kalenderjaar

### Recept (voorschrift)

Huisarts, medisch specialist of podotherapeut.

## Artikel 21. Wekapparatuur/plaswekker

### Omschrijving

Vergoeding van de (huur)kosten van een plaswekker in verband met nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde bandages.

### Vergoeding

Eén plaswekker voor de hele looptijd van de verzekering.

	gecontracteerde leverancier	niet-gecontracteerde leverancier
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	Volledig	ten hoogste € 50
Zorg voor de Zorg + Extra 3	Volledig	ten hoogste € 50

U vindt een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders op onze website. Uw zorgaanbieder weet welke plaswekker voor vergoeding in aanmerking komt.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist

## MANTELZORG

## Artikel 22. Mantelzorgmakelaar

### Omschrijving

Een mantelzorgmakelaar zorgt voor een tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorger door het overnemen van allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn en financiën etc. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

### Wie mag de zorg verlenen

Voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met de IZZ Zorgadvies en Bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een door ons gecontracteerde mantelzorgmakelaar. Gaat u zonder verwijzing van IZZ Zorgadvies & bemiddeling naar een mantelzorgmakelaar? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	Maximaal € 500 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Bijzonderheden

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



## Artikel 23. Vervangende mantelzorg

### Omschrijving

Een tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De gecontracteerde organisatie bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag. De vervangende mantelzorg kan aangevraagd worden voor een minimum van drie dagen.

### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van vervangende mantelzorg kunt u contact opnemen met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	Maximaal 9 dagen per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Bijzonderheden

Wanneer u voor de eerste keer een aanvraag doet, doe dit dan 8 weken voordat u of uw mantelzorger graag weg zou willen gaan. Deze tijd is nodig om alles zo zorgvuldig mogelijk te organiseren

## MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

## Artikel 24. Besnijdenis (medische circumcisie)

### Omschrijving

Medisch noodzakelijke besnijdenis (circumcisie).

### Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of gecontracteerd besnijdeniscentrum of een huisarts waarmee wij daartoe afspraken hebben gemaakt.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

### Toestemming

Ja, met toelichting van de behandelend uroloog of huisarts.

## Artikel 25. Buikwandcorrectie

### Omschrijving

Correctie van de buikwand.

### Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 2.500 voor de gehele looptijd van de verzekering

### Indicatie

Een overhangende buikhuidplooi waarbij de plooi – aan de binnenzijde gemeten – 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aanmerkelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte ( $BMI \leq 30$ ).

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 kilogram en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan 85 gedeeld door  $(1,75 \times 1,75) = 85$  gedeeld door 3,0625 = 27,76. Dit is afgerond 28. Op [www.gezondizz.nl](http://www.gezondizz.nl) kunt u heel eenvoudig uw BMI berekenen.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

### Toestemming

Ja, de toestemmingsaanvraag moet een brief bevatten van de behandelend medisch specialist die de aard en de omvang van de afwijking vermeldt.

### Bijzonderheden

Als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit uw zorgverzekering dan geldt deze vergoeding niet.

## Artikel 26. Correctie van oorschelpen

### Omschrijving

Behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor verzekerden tot en met 12 jaar.

### Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

## Artikel 27. Ooglidcorrectie

### Omschrijving

Correctie van bovenoogleden.

### Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Indicatie

Een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. Hiervan is sprake als de pupil een derde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

### Toestemming

Ja, met toelichting van de behandelend specialist. Wilt u bij aanvraag een foto meesturen (gemaakt door het ziekenhuis of uzelf) waarop de afwijking – zoals omschreven onder indicatie – goed zichtbaar is?

## Artikel 28. Sterilisatie

### Omschrijving

Sterilisatie.

### Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of, als het een vasectomie (sterilisatie van de man) betreft, een huisarts waarmee wij daartoe afspraken hebben gemaakt.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

## MONDZORG

---

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkunde. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

---

### Artikel 29. Algemene tandheelkundige zorg

#### Omschrijving

Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Onder de algemene tandheelkundige zorg zijn de volgende prestaties opgenomen:

- consultatie 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).

Onder tandheelkundige zorg verstaan we ook eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032).

#### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, tandprotheticus en mondhygiënist. De tandprotheticus met wie wij een overeenkomst hebben gesloten en de mondhygiënist mogen zorg verlenen die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om eenvoudige extracties.

#### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	ten hoogste € 200 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	ten hoogste € 450 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 450 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 750 per kalenderjaar

#### Bijzonderheden

Wij vergoeden niet de kosten van volledige narcose (A20), het uitwendig bleken van elementen (E97/E98) en niet-nagekomen afspraken.

### Artikel 30. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

#### Omschrijving

Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Onder deze zorg wordt verstaan:

- kronen, bruggen en opbouw (R-codes);
- implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes);
- gedeeltelijke protheses (P-codes);
- tandvleesbehandelingen (T-codes).

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan we ook implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, tandprotheticus en mondhygiënist. De tandprotheticus met wie wij een overeenkomst hebben gesloten en de mondhygiënist mogen zorg verlenen die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 1.000 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 1.500 per kalenderjaar

### Bijzonderheden

Wij vergoeden niet de kosten van een volledige narcose (A20) en de in de Regeling zorgverzekering vastgestelde eigen bijdrage voor een volledig kunstgebit (P21, P25, P30 en P45) en/of een (vervangend) klikgebit (uitneembare volledige gebitsprothese) op implantaten (J50, J51, J52).

## Artikel 31. Orthodontie

### Omschrijving

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

### Wie mag de zorg verlenen

Orthodontist of tandarts.

### Vergoeding

	Verzekerden jonger dan 18 jaar	Verzekerden van 18 jaar en ouder
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	70% van de kosten	€ 125 voor de gehele looptijd van de verzekering
Zorg voor de Zorg + Extra 2	70% van de kosten	€ 250 voor de gehele looptijd van de verzekering
Zorg voor de Zorg + Extra 3	70% van de kosten	€ 500 voor de gehele looptijd van de verzekering

## PARAMEDISCHE ZORG

## Artikel 32. Fysiotherapie en ergotherapie

### Omschrijving

Hieronder vallen de volgende therapieën:

- fysiotherapie;
- oedeemtherapie;
- oefen therapie Cesar/Mensendieck;
- ergotherapie.

### Wie mag de zorg verlenen

- Voor fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteits-register (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinder-fysiotherapeut, bekken-fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut).
- Voor oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

- Voor oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/ Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut).
- Voor ergotherapie: ergotherapeut.

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

### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	ten hoogste € 500 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	ten hoogste € 500 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 750 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten tot ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. U vindt deze lijst op onze website.

### Bijzonderheden

1. Vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het 11e uur. De eerste 10 uur komen ten laste van de zorgverzekering;
2. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/ Mensendieck en oedeemtherapie:

#### 18 jaar en ouder

Chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot ten hoogste uw budget.

Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit uw zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist. Let op!

Vanaf de 21e behandeling valt deze zorg onder het eigen risico. Chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot ten hoogste uw budget. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit uw zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie).

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie:

vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van uw zorgverzekering;

#### Jonger dan 18 jaar

Niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder) fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in uw zorgverzekering;

3. U hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie en/ of oefentherapie worden beschouwd.

Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of re-integratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

## Artikel 33. Alternatieve bewegingstherapie

### Omschrijving

Hieronder vallen de volgende bewegingstherapieën:

- chiropractie;
- osteopathie;
- manuele therapie E.S;
- (ortho)manuele geneeskunde;
- craniosacraaltherapie;
- haptotherapie;
- adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn.

### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. U vindt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders op onze website.

### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	ten hoogste € 150 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 400 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 600 per kalenderjaar

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Bijzonderheden

Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:

- arbocuratieve- of re-integratietrajecten;
- (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.

## Artikel 34. Voetbehandelingen

### Omschrijving

1. Podotherapie. Hieronder wordt verstaan behandelingen van voetafwijkingen, huid- en nagelaandoeningen, of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat die voortvloeien uit de voeten;
2. Voetbehandeling voor verzekerden met reumatoïde artritis;
3. Voetbehandelingen voor diabetici met de classificatie Simm's 1 binnen zorgprofiel 1. Dit betreft behandelingen met het doel (pijn)klachten door huid- en nagelaandoeningen en/of overmatige druk op voet of nagels te verminderen om wonden te voorkomen. Deze voetbehandelingen omvatten geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

### Wie mag de zorg verlenen

1. Voor behandelingen genoemd onder omschrijving, punt 1: podotherapeut.
2. Voor behandelingen genoemd onder omschrijving, punt 2 en 3: podotherapeut of pedicure.

De podotherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVvP) en ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Een pedicure met aantekening 'Reumatische voet' (bij reumatische voet) of 'Diabetes voet' (bij diabetes voet), of medisch pedicure, die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

## Vergoeding

	voor punt 1, 2 en 3 samen
Zorg voor de Zorg	Geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	Geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 90 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 180 per kalenderjaar

## Bijzonderheden

1. Voor vergoeding van de kosten van steun- en therapiezolen, zie artikel 20, Steun- en therapiezolen.
2. U hebt recht op bepaalde voetzorg bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2 en hoger. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.
3. Op de nota dient uw podotherapeut of pedicure de Simm's classificatie en het zorgprofiel te vermelden.

## PREVENTIEVE ZORG

Via Gezondizz.nl kunt u kosteloos gebruik maken van de diensten van een groot aantal deskundigen. U stelt uw vraag via e-mail en uw privacy is strikt gewaarborgd.

## Artikel 35. Cursussen, voorlichting en trainingen

### Omschrijving:

1. Cursussen tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, een kraamcentrum of een verloskundige(praktijk);
2. Cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker-, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie;
3. Therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met de chronische aandoening reumatoïde artritis of Bechterew of verzekerden met hartproblemen met als doel de conditie van verzekerden te verbeteren of op peil te houden.  
Georganiseerd door een patiëntenvereniging van reuma- en Bechterewpatiënten of een patiëntenvereniging van hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie;
4. Cursussen Omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ instelling;
5. Cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de richtlijnen van het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op [www.ehbo.nl](http://www.ehbo.nl);
6. Reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op [www.npcf.nl](http://www.npcf.nl). Onder het kopje 'NPCF' vindt u een link 'onze leden'.

## Vergoeding

	voor punt 1 tot en met 6
Zorg voor de Zorg	
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 100 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	



## Artikel 36. Sport Medisch Advies

### Omschrijving

Behandelingen, consulten en sportkeuringen.

### Wie mag de zorg verlenen

Sportarts die werkzaam is in een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 150 per twee kalenderjaren
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

## Artikel 37. Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

### Omschrijving

Voor vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten en vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon) meningitis, rabies, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis.

### Wie mag de zorg verlenen

1. Travel (Health) Clinics verbonden aan een ziekenhuis. U kunt een overzicht van Travel (Health) Clinics die verbonden zijn aan een ziekenhuis vinden op onze website.
2. Vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een huisarts of arts die een LCR- en gele koorts-registratie heeft. U kunt op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvies (www.lcr.nl) adressen vinden en zien of uw arts een LCR- en gele koorts-registratie heeft.

De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze zorgaanbieders geleverd worden. Of door apotheekhoudende huisartsen en apotheken op voorschrift van de hiergenoemde zorgaanbieders.

### Vergoeding

	Zorgaanbieders onder punt 1	Zorgaanbieders onder punt 2
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	ten hoogste € 140 per kalenderjaar	75% tot € 140 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 140 per kalenderjaar	75% tot € 140 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 140 per kalenderjaar	75% tot € 140 per kalenderjaar

## Artikel 38. Zorg voor vrouwen in de overgang

### Omschrijving

Voorlichting aan, advisering en behandeling van vrouwen in de overgang.

### Wie mag de zorg verlenen

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

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	
Zorg voor de Zorg + Extra 1	ten hoogste € 40 per consult tot ten hoogste 4 consulten voor de gehele looptijd van de verzekering
Zorg voor de Zorg + Extra 2	
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

## Artikel 39. Dieetadvisering

### Omschrijving

Voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden.

### Wie mag de zorg verlenen

Diëtist waarmee wij daartoe een contract hebben gesloten.

### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	ten hoogste 1 behandeluur per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten tot ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. U vindt deze lijst op onze website.

### Bijzonderheden

Deze vergoeding is aanvullend op de vergoeding vanuit uw zorgverzekering.

## Artikel 40. IZZ Healthcheck

### Omschrijving

U hebt de keuze uit een basis en een uitgebreide medische gezondheidstest.

De basistest omvat de volgende onderzoeken en een advies:

- meten van hartslag, bloeddruk, buikomvang, vetpercentage;
- vaststellen gewicht en BMI ('body mass index');
- bloed- en urineonderzoek;
- beperkte inspanningstest om uw conditie te bepalen.

De uitgebreide test omvat naast de onderzoeken van de basistest: een longfunctietest en een ECG.

### Wie mag de zorg verlenen

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

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	volledig (let op eigen bijdrage)
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Eigen bijdrage

€ 25 voor de basistest en € 50 voor de uitgebreide test. De eigen bijdrage wordt door ons geïncasseerd.

### Bijzonderheden

U krijgt geen vergoeding van de kosten als de test onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO).

## Artikel 41. Lidmaatschap patiëntenvereniging

### Omschrijving

Tegemoetkoming in de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie.

### Vergoeding

We vergoeden één lidmaatschap van een patiëntenvereniging tot:

Zorg voor de Zorg	
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 25 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

### Bijzonderheden

Stuur ons een ingevuld declaratieformulier met een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.

## VERBLIJF

## Artikel 42. Herstellingsoorden en zorghotels

### Omschrijving

Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

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

### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Een overzicht van de door ons gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels vindt u op onze website.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 70 per dag voor ten hoogste 42 dagen
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 70 per dag voor ten hoogste 42 dagen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of 'burn-out' (punt 3. van de omschrijving).

### Bijzonderheden

Als aanspraak bestaat op de in dit artikel genoemde zorg die wordt bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift (zoals Wmo, Jeugdwet of Wlz) bestaat er geen aanspraak op grond van dit artikel.

## Artikel 43. Hospice

### Omschrijving

Het verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis voor verzekerden die ongeneeslijk ziek zijn en niet meer thuis verzorgd kunnen worden. Zij kunnen tot aan het overlijden hier worden verzorgd.

### Wie mag de zorg verlenen

Een door IZZ erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Op [www.izz.nl/](http://www.izz.nl/) hospice vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

## Vergoeding

Gaat u naar een door ons erkende hospice/Bijna-Thuis-Huis?

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 30 per dag
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 30 per dag

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

## Artikel 44. Logeerhuis Ronald McDonald/Kiwanis, gastenverblijf Ter Weijde

### Omschrijving

Verblijf:

1. In een logeerhuis dat is verbonden aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonaldhuis of een Kiwanishuis;
2. In het gastenverblijf Ter Weijde, verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), bij opname of twee dagbehandelingen, die op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste 15 nachten per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste 15 nachten per kalenderjaar

### Bijzonderheden

1. U krijgt alleen vergoeding als aanspraak bestaat op grond van de IZZ basisverzekering en er sprake is van opname of twee dagbehandelingen van een verzekerde die op aaneengesloten dagen plaatsvinden in een ziekenhuis.
2. De afstand woonplaats-logeerplaats bedraagt ten minste 40 kilometer (enkele reis).
3. Ook bestaat aanspraak op vergoeding van logieskosten van ten hoogste twee gezinsleden.

## Artikel 45. Kuuroord

### Omschrijving

1. Behandeling binnen een periode van 2 tot 4 weken waarbij de verzekerde verblijft in de kuuroorden:
  - Thermaalbad Arcen in Arcen;
  - Scandic Sanadome in Nijmegen;
  - Kuurcentrum Fontana in Nieuweschans;
  - Thermae 2000 in Valkenburg (L).
2. Behandeling in een kuuroord in Europa (niet zijnde Nederland).

### Vergoeding

	1. aangewezen kuuroorden in Nederland	2. kuuroord in Europa (niet zijnde Nederland)
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	€ 460 per twee kalenderjaren	€ 700 per twee kalenderjaren
Zorg voor de Zorg + Extra 3	€ 460 per twee kalenderjaren	€ 700 per twee kalenderjaren

Gaat u naar een niet aangewezen kuuroord in Nederland? Dan vergoeden wij de kosten niet.

**Indicatie**

Artritis psoriatica, Morbus Bechterew, Morbus Forestier of reumatoïde artritis.

**Verwijsbrief nodig van**

Reumatoloog.

**Toestemming**

Ja.

## VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG

### Artikel 46. Verloskundige zorg

**Omschrijving**

Vergoeding van de kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis of een door ons gecontracteerd geboortecentrum.

De vergoeding betreft het verschil tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

**Vergoeding**

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig

**Bijzonderheden**

1. U krijgt alleen vergoeding in die gevallen waarin de verzekerde aanspraak op de zorg heeft op grond van uw zorgverzekering.
2. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U vindt dit document op onze website.

### Artikel 47. Kraampakket

**Omschrijving**

Een door ons in overleg met verloskundigen samengesteld kraampakket. Naast de gebruikelijke zaken die in een kraampakket zitten, ontvangt u een speciale attentie.

**Vergoeding**

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig

**Bijzonderheden**

U kunt het kraampakket aanvragen via onze website.

### Artikel 48. Kraamzorg bij adoptie

**Omschrijving**

De noodzakelijke ondersteuning en advisering van de moeder over verzorging van en omgang met het adoptiekind jonger dan 3 maanden. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door het kraamcentrum.

**Wie mag de zorg verlenen**

Gediplomeerd kraamverzorgende of een verpleegkundige.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen

## Artikel 49. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene

### Omschrijving

Extra ondersteuning en advisering van de moeder over verzorging van en omgang met het kind. Daarnaast kan zij ingezet worden voor aan kraamzorg gerelateerde zaken, zoals opvang van de andere aanwezige kinderen, opvang van bezoek, verzorging gezinswas, (voor)bereiding van de warme maaltijd. De extra kraamzorg kunt u op verschillende momenten ontvangen:

- als aanvulling op de reguliere kraamzorgperiode;
- aansluitend aan de reguliere kraamzorgperiode;
- na ontslag van de moeder en/of het kind uit het ziekenhuis.

### Wie mag de zorg verlenen

Gediplomeerd kraamverzorgende of een verpleegkundige.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste 10 uur
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste 20 uur

### Bijzonderheden

U krijgt alleen extra kraamzorg als aanvulling op de vanuit uw zorgverzekering geïndiceerde kraamzorg.

## Artikel 50. Problemen met borstvoeding

### Omschrijving

Lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met de borstvoeding in specifieke situaties.

### Wie mag de zorg verlenen

Lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	één consult per bevalling tot ten hoogste € 80
Zorg voor de Zorg + Extra 3	één consult per bevalling tot ten hoogste € 80

### Verwijsbrief nodig van

Verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureau-arts of jeugdgezondheidszorgverpleegkundige.

### Bijzonderheden

De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige NVL. Dit protocol maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U vindt dit document op onze website.

## Artikel 51. Elektrische borstkolf

### Omschrijving

Huur van een elektrische borstkolf tijdens en na een ziekenhuisopname van 8 dagen of langer van een zieke zuigeling.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 110 per bevalling
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 110 per bevalling

## THUISZORG

## Artikel 52. Hulp bij het huishouden

### Omschrijving

Het bieden van huishoudelijke hulp in Nederland bij ernstige en/of langdurige ziekte, ongeval of tijdens of na een ziekenhuisopname van de verzekerde.

De huishoudelijke hulp omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaakwerkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van huisgenoten en het halen van de boodschappen. Onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging.

De hulp wordt geleverd op het woonadres van de verzekerde, zoals dat bij ons bekend is. De hulp dient in een periode van maximaal 3 maanden aaneengesloten ingepland te worden.

### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder of op aanvraag van de verzekerde een andere (erkende) thuiszorgorganisatie. Voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met IZZ Zorgadvies en bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website.

### Vergoeding

	gecontracteerde thuiszorgorganisatie	andere thuiszorgorganisatie
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig, tot ten hoogste 6 uur per week voor de duur van 3 maanden per kalenderjaar	ten hoogste € 23 per uur, tot ten hoogste 6 uur per week voor de duur van maximaal 3 maanden per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig, tot ten hoogste 6 uur per week voor de duur van 3 maanden per kalenderjaar	ten hoogste € 23 per uur, tot ten hoogste 6 uur per week voor de duur van maximaal 3 maanden per kalenderjaar

### Toestemming

Ja.

### Bijzonderheden

1. De huishoudelijke hulp wordt binnen 2 werkdagen (mits gemeld bij ons voor 10.30 uur) na aanmelding bij ons geboden bij de verzekerde thuis, tenzij hulp op een later tijdstip gewenst is.
2. Er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke hulp vanaf het moment dat aanspraak bestaat op huishoudelijke verzorging vanuit de gemeente op grond van de Wmo.
3. De zorg wordt vooraf voor de gehele periode ingepland.

## VERVOER

### Artikel 53. Vervoer in verband met transplantatie van organen

#### Omschrijving

Taxivervoer of eigen vervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzekerde en de instelling waar hij zorg ontvangt die verband houdt met een transplantatie van organen voor zover er geen aanspraak op dit vervoer bestaat op grond van uw zorgverzekering. Het betreft de volgende zorg: pretransplantatie-onderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

#### Wie mag het taxivervoer verzorgen

Een vervoerder waarmee wij daartoe een contract hebben gesloten. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

#### Vergoeding

	Gecontracteerde taxivervoerder	vervoer met eigen auto
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig	€ 0,31 per kilometer
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig	€ 0,31 per kilometer

Gaat u voor het taxivervoer naar een vervoerder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

#### Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist.

#### Toestemming

Ja. U kunt hiervoor gebruik maken van het formulier Medische verklaring zittend ziekenvervoer. Dit formulier kunt u downloaden via onze website.

#### Bijzonderheden

Het betreft hier niet het vervoer van de donor.

## VITAMINES

### Artikel 54. Vitamines

#### Omschrijving

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

#### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	ten hoogste € 200 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 200 per kalenderjaar

#### Recept (voorschrift)

Behandelend arts.

#### Toestemming

Ja.



### Artikel 55. Groepsrevalidatie en groepstherapie voor patiënten met kanker

#### Omschrijving

Nazorg voor patiënten met kanker die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

#### Wie mag de zorg verlenen

1. Instellingen, anders dan ziekenhuizen en integrale kankercentra, die voor de groepsrevalidatie 'Herstel en Balans' gecertificeerd zijn door de Stichting Herstel & Balans. U kunt deze instellingen vinden op [www.herstelen-balans.nl](http://www.herstelen-balans.nl).
2. Instellingen die aangesloten zijn bij de Stichting Instellingen Psycho-Sociale Oncologie (IPSO).

#### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 3	ten hoogste € 700 per diagnose

**Verwijsbrief nodig van**  
Medisch specialist.

#### Bijzonderheden

Als oncologische revalidatie wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist, vindt vergoeding plaats vanuit uw zorgverzekering.

# III. Pakket

## IZZ Bijzonder Bewust

### PARAMEDISCHE ZORG

## Artikel 1. Fysiotherapie en ergotherapie

#### Omschrijving

Hieronder vallen de volgende therapieën:

- fysiotherapie;
- oedeemtherapie;
- oefen therapie Cesar/Mensendieck;
- ergotherapie.

#### Wie mag de zorg verlenen

- Voor fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
- Voor oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP);
- Voor oefen therapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
- Voor ergotherapie: ergotherapeut.

#### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandeld zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

#### Vergoeding

---

Bijzonder Bewust

---

ten hoogste € 150 per kalenderjaar

---

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten tot ten hoogste de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

U vindt deze lijst op onze website.

#### Bijzonderheden

1. Vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het 11e uur. De eerste 10 uur komen ten laste van de zorgverzekering;
2. fysiotherapie, oefen therapie Cesar/ Mensendieck en oedeemtherapie:

##### 18 jaar en ouder

Chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding tot ten hoogste uw budget. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit uw zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist. Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefen therapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot ten hoogste uw budget. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefen therapie).

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie:

vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van uw zorgverzekering;

3. U hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie en/of oefentherapie worden beschouwd.

Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of re-integratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

## Artikel 2. Alternatieve bewegingstherapie

### Omschrijving

Hieronder vallen de volgende bewegingstherapieën: chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (otho) manuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn.

### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. U vindt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders op onze website.

### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### Vergoeding

---

Bijzonder Bewust

---

ten hoogste € 150 per kalenderjaar

---

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Bijzonderheden

Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:

- arbocuratieve- of re-integratietrajecten;
- (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.

## BRILLEN, CONTACTLENZEN, OOGLASERBEHANDELING OF LENSIMPLANTATIE

## Artikel 3. Brillen, contactlenzen, ooglaserbehandeling of lensimplantaties

### Omschrijving

1. Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte, inclusief bijbehorende brilmonturen en kosten van aanmeting.
2. Een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. Deze tegemoetkoming geldt ook voor de kosten die zijn gemaakt voor een cataractoperatie (staaroperatie) waarbij een multifocale lens is geplaatst. Het gaat om het verschil in de kosten tussen een multifocale lens en een monofocale lens die vanuit uw zorgverzekering niet wordt vergoed.

### Wie mag de zorg verlenen

1. Omschrijving, punt 1: opticiens of optiekbedrijf;
2. Omschrijving, punt 2: oogarts.

### Vergoeding

	omschrijving, punt 1 en 2 samen
Bijzonder Bewust	ten hoogste € 75 per drie kalenderjaren

### Bijzonderheden

De kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.

### Bril- en contactlenzen

Wij hebben met een aantal opticienketens speciaal voor u aanvullende afspraken gemaakt. Kiest u ervoor om bij deze voorkeursleveranciers uw bril en/of contactlenzen aan te schaffen, dan krijgt u een aantrekkelijke korting.

### Ooglaseren en/of lensimplantatie

Wij hebben met een aantal centra voor refractiechirurgie (ooglaseren en/of lensimplantaties) afspraken gemaakt. Daardoor krijgt u een korting, waardoor het bedrag dat u zelf moet betalen lager wordt. De kwaliteit is door ons getoetst. Ga naar onze website voor meer informatie.

## MONDZORG

Uw tandarts specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkunde. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De behandelingen worden in prestatiecodes uitgedrukt. Deze prestatiecodes beginnen met een letter gevolgd door twee cijfers. Zo staat de C11 voor een eerste jaarlijkse consult.

## Artikel 4. Algemene tandheelkundige zorg

### Omschrijving

Behandelingen volgens de onderstaande prestatiecodes:

- periodiek controle: eerste in kalenderjaar C11;
- gebitsreiniging: M03;
- röntgenfoto: X10;
- geleidings- en/of infiltratieverdooving: A10;
- trekken tand of kies: H10;
- vullingen: V10, V11, V12, V13, V20, V21.

### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, tandprotheticus en mondhygiënist. De tandprotheticus met wie wij een contract hebben gesloten en de mondhygiënist mogen zorg verlenen die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

### Vergoeding

Bijzonder Bewust	ten hoogste € 250 per kalenderjaar
------------------	------------------------------------

# IV. Kies zelf

## IZZ Fysio, IZZ Buitenland, IZZ Tand

### PARAMEDISCHE ZORG

#### Artikel 1. Fysiotherapie

##### Omschrijving

Fysiotherapie bestaat uit:

1. fysiotherapie;
2. oedeemtherapie;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck.

##### Wie mag de zorg verlenen

1. Voor fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut;
2. Voor oedeemtherapie: oedeemtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
3. Voor oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut.

##### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

##### Vergoedingen

Fysio Goed	ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar
Fysio Beter	ten hoogste 18 behandelingen per kalenderjaar

##### Bijzonderheden

1. 18 jaar en ouder

Chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding tot ten hoogste het aantal behandelingen van de door u afgesloten module IZZ Fysio. Vanaf de 21<sup>e</sup> behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit uw zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist. Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot ten hoogste het aantal behandelingen van de door u afgesloten module IZZ Fysio. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit uw zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie).

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie:

vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van uw zorgverzekering;

2. Jonger dan 18 jaar:

Niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in uw zorgverzekering;

3. U hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie en/of oefentherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:
- arbocuratieve of re-integratietrajecten;
  - (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

## BUITENLAND

### Artikel 2. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

#### Omschrijving

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit uw zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U hebt recht op vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer.

Bij opname in een ziekenhuis en/of langdurige medische behandeling moet u de IZZ Alarmcentrale inschakelen. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en onze website. Zonder inschakeling van de IZZ Alarmcentrale hebt u voor een opname in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling geen recht op vergoeding uit IZZ Buitenland Europa of IZZ Buitenland Wereld. Onder ziekenhuisopname verstaan wij een behandeling van één of meer nachten in een ziekenhuis/instelling.

### Artikel 3. Repatriëring

#### Omschrijving

Uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

#### Wie mag de repatriëring verzorgen

IZZ Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en onze website.

#### Bijzonderheden

De IZZ Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

#### Vergoeding artikelen 2 en 3

IZZ Buitenland Europa	volledig op basis van Europadekking*
IZZ Buitenland Wereld	volledig op basis van werelddekking

\* Hieronder vallen de landen van de Europese Unie en de Europese Economische Ruimte:

België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Liechtenstein, Litouwen, Luxemburg, Malta, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar), IJsland, Zweden en Zwitserland.

Ook de verdragslanden vallen hieronder:

Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

## MONDZORG

---

Uw tandarts specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkunde. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

---

## Artikel 4. Tandheelkundige zorg

### Omschrijving

Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half) jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

### Vergoedingen

IZZ Tand Goed	75% tot maximaal € 250 per kalenderjaar
IZZ Tand Beter	75% tot maximaal € 500 per kalenderjaar

### Bijzonderheden

1. Niet vergoed worden de kosten van:

- niet nagekomen afspraken;
- orthodontische zorg;
- algehele narcose.

2. De kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

# V. Begripsomschrijvingen

In de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen IZZ wordt verstaan onder:

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

**Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

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

**Geneesmiddelen:** de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.

**GGZ-instelling:** instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening en als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

**Instelling:**

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

**IZZ Basisverzekering:** een tussen IZZ Zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

**IZZ Zorgverzekeraar:** IZZ Zorgverzekeraar: IZZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09143315. IZZ Zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001039. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt IZZ Zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'

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

**NZa:** Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.

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

**Toestemming:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens IZZ Zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

**U:** verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

**Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaap-Verdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

**Verzekerde:** degene voor wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door IZZ Zorgverzekeraar, is vermeld.

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



**Wlz:** Wet langdurige zorg

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

**Wmo:** Wet maatschappelijke ondersteuning

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

**Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of door de Zorgverzekeringswet (Zvw) is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of door deze wet geregelde niet te boven gaan.

Meer weten?

Hebt u vragen? Neem dan contact met ons op.  
U vindt onze contactgegevens op onze website.

IZZ De zorgverzekeraar voor de zorgsector  
Postbus 445  
5600 AK Eindhoven  
[www.izz.nl](http://www.izz.nl)

