

IAK Verzekeringen

IAK Uniek Aanvullende Zorgverzekeringen

Verzekeringsvoorwaarden 2015

Compact | Compleet | Extra Compleet



Samen voor een perfect verzekerde toekomst

IAK Verzekeringen

Samen voor een perfect verzekerde toekomst

Bij IAK bent u verzekerd van goede zorg. Samen met verzekeraars bieden wij u een zorgverzekering met veel keuzevrijheid, uitstekende voorwaarden en een perfecte service.



Bescherming persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door IAK Verzekeringen B.V. en/of IAK Volmacht B.V. verwerkt ten behoeve van het aangaan en het uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.

Nederlands recht

Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

IAK Verzekeringen

Together for a perfectly insured future

With IAK, quality care is ensured. We work together with insurers to offer you a health care insurance that combines extensive freedom of choice with excellent conditions and perfect service.

This English translation has no legal force and is provided to the customer for convenience only. The Insurance Conditions in the Dutch language shall be binding and prevail in all respects.

Personal data protection

IAK Verzekeringen B.V. and/or IAK Volmacht B.V. will use the personal data you provide when you apply for or amend an insurance policy to enter into and execute insurance contracts and manage the customer relationships arising therefrom. Activities will include the prevention and combating of fraud and the performance of operations aimed at increasing its customer base.

Applicable law

This insurance is governed by Dutch law.



In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw IAK Aanvullende Zorgverzekering. Om het vinden van de juiste informatie eenvoudiger te maken, kunt u gebruik maken van de inhoudsopgave. De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, zijn op deze pagina voor u op een rij gezet.

U kunt de informatie over uw IAK Aanvullende Zorgverzekering ook vinden op www.iak.nl/zorg

Belangrijke telefoonnummers en adressen

Klantenservice Zorg- en Inkomensverzekeringen

+31 (0)40 – 261 18 88/e-mail: info@iak.nl

De klantenservice van IAK heeft gespecialiseerde medewerkers paraat staan om uw vragen goed te beantwoorden en is elke werkdag bereikbaar van 8.30 tot 18.00 uur.

Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders

Wilt u weten met welke zorgaanbieders contracten zijn gesloten? U kunt deze informatie vinden op www.iak.nl/zorg of hiervoor bellen met de klantenservice. Voor niet gecontracteerde zorgaanbieders kan een andere of lagere vergoeding gelden. De exacte hoogte van die vergoedingen vindt u op de lijst van vergoedingen 'niet gecontracteerde zorgaanbieders' op onze website.

Ziekenvervoer

Wilt u een Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer? Dit kunt u vinden op de website of telefonisch opvragen bij de klantenservice.

Zorgadvies & bemiddeling

Wilt u zorgadvies of bemiddeling?

U kunt hiervoor bellen met de afdeling Zorgadvies. Telefoon: +31 (0)40 – 261 18 09.

Alarmcentrale SOS International

+31 (0)20 – 651 51 51 voor spoedeisende medische hulp in het buitenland.

IAK Kraamzorg

+31 (0)40 – 261 15 34 voor algemene informatie.

Voor specifieke informatie zie www.iak.nl/zorg onder uw persoonlijke account.

Aanvragen toestemming

U kunt uw aanvraag voor toestemming voor een behandeling sturen naar: IAK, Postbus 90165, 5600 RV Eindhoven. In deze verzekeringsvoorwaarden kunt u terugvinden in welke gevallen u toestemming nodig hebt.

Insturen nota's

Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u de originele nota sturen naar: IAK, Postbus 90164, 5600 RT Eindhoven. Controleer of de volgende gegevens erop staan: naam, adres, woonplaats en geboortedatum van de verzekerde.

Noteer ook altijd uw verzekerdenummer (of relatienummer) in de rechterbovenhoek van de nota.

U kunt uw nota ook online indienen via uw persoonlijke account op www.iak.nl/zorg of met behulp van de mobiele IAK zorg app.

Indien het om een nota uit het buitenland gaat, dan dient u het 'Declaratieformulier medische kosten buitenland' in te vullen. Dit formulier kunt u vinden op onze website.

Betalingen door IAK worden altijd gedaan aan de verzekeringnemer, op het laatst bij ons bekende rekeningnummer.

I	Algemeen gedeelte	5			
1	Begripsomschrijvingen	5	12	Mantelzorg	30
2	Algemene bepalingen	8	13	Medisch specialistische zorg/(plastische) chirurgische of reconstructieve behandelingen	30
3	Premie	10			
4	Overige verplichtingen	11	14	Nachtelijk verblijf na oncologische behandeling	31
5	Wijziging premie en voorwaarden	13	15	Overgangsconsult	31
6	Ingang, duur en beëindiging	13	16	Pedicure voor voetbehandelingen reuma of diabetes	31
7	Uitsluitingen	14	17	Preventieve zorg	31
8	Klachten en geschillen	14	18	Steunzolen	32
9	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	15	19	Stottertherapie	32
10	Slotbepaling	15	20	Tandheelkundige zorg	32
			21	Therapeutische kampen	32
			22	Zittend ziekenvervoer	32
II	Compact	16			
	<i>Dekking</i>	16			
1	Alternatieve en bijzondere geneeswijzen	16	V	Aanvullende verzekering Tandartskosten	33
2	Brillen/Lenzen/Ooglaserbehandeling (OptiekPlan) (indien meeverzekerd)	17		<i>Algemeen</i>	33
3	Buitenland	17	1	Dekking	33
4	Farmaceutische zorg	17	2	Uitsluitingen	33
5	Fysiotherapie en oefentherapie	18			
6	Huidtherapie	18	VI	Aanvullende verzekering Ziekenhuis Ontzorg pakket	34
7	Hulpmiddelen (eigen bijdragen)	18		<i>Algemeen</i>	34
8	Preventieve zorg	18	1	Dekking	34
9	Steunzolen	19	2	Verplichtingen verzekerde	35
10	Zittend ziekenvervoer	19			
III	Compleet	20			
	<i>Dekking</i>	20			
1	Alternatieve en bijzondere geneeswijzen	20			
2	Brillen/Lenzen/Ooglaserbehandeling (OptiekPlan) (indien meeverzekerd)	21			
3	Buitenland	21			
4	Farmaceutische zorg	21			
5	Fysiotherapie en oefentherapie	22			
6	Geboortezorg (indien meeverzekerd)	22			
7	Groepstherapie voor reumapatiënten	23			
8	Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	23			
9	Huidtherapie	23			
10	Logeerfaciliteit	23			
11	Medisch specialistische zorg/(plastische) chirurgische of reconstructieve behandelingen	23			
12	Nachtelijk verblijf na oncologische behandeling	24			
13	Preventieve zorg	24			
14	Seniorzorg (indien meeverzekerd)	24			
15	Steunzolen	25			
16	Stottertherapie	25			
17	Tandheelkundige zorg	25			
18	Zittend ziekenvervoer	25			
IV	Extra Compleet	26			
	<i>Dekking</i>	26			
1	Alternatieve en bijzondere geneeswijzen	26			
2	Brillen/Lenzen/Ooglaserbehandeling (OptiekPlan)	27			
3	Buitenland	27			
4	Farmaceutische zorg	28			
5	Fysiotherapie en oefentherapie	28			
6	Geboortezorg	28			
7	Groepstherapie	29			
8	Huidtherapie	29			
9	Hulpmiddelen	29			
10	Lidmaatschap patiënten (belangen)vereniging	30			
11	Logeerfaciliteit	30			

1 Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1.1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

Geneeswijzen die naar aard en behandelwijzen afwijken van reguliere geneeswijzen.

1.2 Apotheeker/apotheek(houdende)

De apotheekhoudend huisarts dan wel degene die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid, van de Geneesmiddelenwet.

1.3 Arts

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.4 AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

1.5 Bedrijfsarts

Een arts die als bedrijfsarts geregistreerd staat in het Register van erkende Sociaal Geneeskundigen dat wordt bijgehouden door de Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie (SGRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbo-dienst of met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

1.6 Besluit zorgverzekering

Besluit van 28 juni 2005 houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89 van de Zorgverzekeringswet.

1.7 Collectief contractant

De rechtspersoon of natuurlijke persoon waarmee de collectieve zorgovereenkomst van ziektekosten en/of zorgverzekering is aangegaan. Onder collectieve zorgovereenkomst wordt verstaan: een overeenkomst gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in de overeenkomst omschreven voorwaarden een IAK Zorgverzekering en eventuele IAK Aanvullende Verzekeringen te sluiten.

1.8 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) (zorgproduct)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. 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.

1.9 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, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk 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.

1.10 Fraude

Het plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

1.11 Fysiotherapeut

Fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeut die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. (Dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrich fysiotherapeut en de manueel therapeut).

1.12 Geneesmiddelen

De in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.

1.13 Gezin

Tot het gezin behoren: twee gehuwden, of geregistreerde partners, of duurzaam samenlevende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar, of een alleenstaande met een of meer kinderen zoals hierboven vermeld. Onder geregistreerd partner wordt verstaan de persoon waarmee verzekerde een geregistreerd partnerschap heeft laten registreren, tot stand gekomen via een akte van registratie van partnerschap opgemaakt door de ambtenaar van de burgerlijke stand; onder duurzaam samenlevend persoon wordt verstaan de persoon die tenminste een jaar aantoonbaar samenwoont met de verzekerde en daarmee een gezamenlijke huishouding voert of een persoon die een samenlevingscontract met verzekerde heeft afgesloten waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van de zorgverzekeraar.

1.14 Gezondheidszorgpsycholoog

Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

1.15 Huidtherapeut/oedeemtherapeut

Degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel huid- of oedeemtherapeut. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

1.16 Hoofdverzekering

De door verzekeringnemer bij de zorgverzekeraar afgesloten zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet.

1.17 Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVR) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

1.18 IAK

IAK Volmacht B.V. als gevolmachtigde agent aan wie door de zorgverzekeraar volmacht, als bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft), is verleend ter zake van zorgverzekeringen.

1.19 IAK Zorgverzekering

Een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van de verzekeringsplichtige afgesloten zorgverzekering (ook wel hoofdverzekering genoemd) volgens de Zorgverzekeringswet en namens wie en voor wiens risico IAK Volmacht B.V. als gevolmachtigde agent deze verzekering aanbiedt en uitvoert.

1.20 Instelling

- een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi);
- een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, dan wel zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

1.21 Kaakchirurg

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

1.22 Kraamcentrum

Een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

1.23 Machtiging/toestemming

Een schriftelijke toestemming die door IAK namens de zorgverzekeraar wordt verstrekt ten behoeve van de verzekerde voor de afname van bepaalde zorg, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

1.24 Manueel therapeut

Een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of degene die als manueel therapeut E.S.® is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).

1.25 Medisch specialist

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

1.26 Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en van het 'Besluit functionele zelfstandigheid' en/of met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

1.27 NZa

Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

- 1.28 Oefentherapeut Cesar/Mensendieck**
De oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'. De oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut).
- 1.29 Orthodontist**
Een tandartspecialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.30 Overgangsconsulente**
Een verpleegkundige die de specialistische opleiding gevolgd heeft tot overgangsconsulente bij de organisatie Care for Women of die aangesloten is bij de overgangspraktijk Women's Life.
- 1.31 Psychiater/zenuwarts**
Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het Specialistenregister, ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MRSC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 1.32 Podotherapeut**
Een podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- 1.33 Regeling zorgverzekering**
Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer Z/VV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, nr. 171.
- 1.34 Schoonheidsspecialist**
Een schoonheidsspecialist met het diploma Voortgezette Opleiding of het vakdiploma specialisatie Camouflage, Acne of Ontharingstechnieken of Elektrisch ontharen. Deze (vak)diploma's moeten geregistreerd zijn bij de ANBOS.
- 1.35 Sportmedische instelling**
Een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).
- 1.36 Tandarts**
Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.37 Tandprotheticus**
Degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus en/of met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
- 1.38 Verblijf**
Verblijf met een duur van 24 uur of langer.
- 1.39 Verdragsland**
Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor tijdelijk verblijf), Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
- 1.40 Verloskundige**
Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.41 Verpleegkundige**
Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.42 Verzekerde**
Degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.
- 1.43 Verzekering**
Eén of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven zorgverzekeringen, die als aanvulling op de IAK Zorgverzekering gesloten worden.
- 1.44 Verzekeringnemer/u/uw**
Degene die met de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten en die als zodanig op het polisblad staat vermeld.
- 1.45 Verzekeringsjaar**
Het (kalender)jaar waarin de verzekering volgens de op het polisblad vermelde datum is ingegaan tot 1 januari van het daaropvolgende (kalender)jaar.

- 1.46 Voorkeursleverancier/voorkeursaanbieder**
Een leverancier/zorgaanbieder waarmee/met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarmee/met wie specifieke afspraken zijn gemaakt.
- 1.47 Wet BIG**
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- 1.48 Wmg-tarieven**
Tarieven zoals vastgesteld of goedgekeurd door het NZa, volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
- 1.49 Zelfstandig behandelcentrum**
Een instelling voor medisch specialistische zorg (MSZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.
- 1.50 Ziekenhuis**
Een instelling voor medisch specialistische zorg (MSZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.
- 1.51 Zorghotel**
Een door de zorgverzekeraar als zodanig gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24 uur zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, gegarandeerd zijn.
- 1.52 Zorgverzekeraar**
De zorgverzekeraar en zijn gevolmachtigde agent die als zodanig op het polisblad staat vermeld.
- 1.53 Zorgverzekering/IAK Zorgverzekering**
Een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van 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.
- 1.54 Zvw**
Zorgverzekeringswet.

2 Algemene bepalingen

2.1 Grondslag

Deze verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere schriftelijke wijze (zoals per e-mail) aan de zorgverzekeraar zijn verstrekt. De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringnemer en, indien deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, en vervolgens voorafgaande aan ieder (kalender)jaar, een polis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten verzekering(en) vermeld. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen:

Compact:	hoofdstuk II;
Compleet:	hoofdstuk III;
Extra Compleet:	hoofdstuk IV;
Aanvullende verzekering Tandartskosten:	hoofdstuk V;
Aanvullende verzekering Ziekenhuis Ontzorg Pakket:	hoofdstuk VI.

De aanvullende verzekeringen kunnen worden afgesloten door of ten behoeve van een verzekerde die woont in Nederland, tenzij de zorgverzekeraar anders bepaalt.

De zorgverzekeraar kan voor het aangaan van de aanvullende verzekering bijzondere voorwaarden stellen of daaraan verbinden. De aanvullende verzekeringen Tandartskosten en Ziekenhuis Ontzorg Pakket kunnen uitsluitend worden aangegaan indien en voorzover de zorgverzekeraar dit op grond van het tandheelkundig keuringsrapport of de gezondheidsverklaring respectievelijk de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde toelaat.

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

2.2 Collectieve overeenkomst

De bepalingen van de met de collectief contractant gesloten collectieve overeenkomst prevaleren indien en voor zover zij afwijken van het gestelde in deze verzekeringsvoorwaarden. Indien de bepalingen in de met de werkgever gesloten collectieve overeenkomst niet langer van toepassing zijn, worden de bepalingen van de IAK Aanvullende verzekeringen, zoals deze voor individueel verzekerden gelden, weer van toepassing. Er kan slechts aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd worden deelgenomen.

De aanvullende verzekering wordt beëindigd vanaf het moment dat niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden om deel te nemen aan de collectieve overeenkomst, bijvoorbeeld bij einde dienstverband. De zorgverzekeraar kan vervolgens aan de verzekeringnemer een aanbod doen voor een verzekering op individuele basis.

2.3 Medische noodzaak

Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts indien en voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. 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 de praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

2.4 Wie mag de zorg verlenen

De 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 gezondheidszorgpsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor aanvullende voorwaarden zijn gesteld, staat in het betreffende zorgartikel aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door de zorgverzekeraar gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. In de gevallen waarin gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders kan de verzekerde geen of een lagere vergoeding krijgen. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven. Voor de overige vormen van zorg bestaat vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders is vermeld op onze website www.iak.nl/zorg of kan telefonisch opgevraagd worden; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. De erkende zorgaanbieders staan vermeld in het betreffende zorgartikel.

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

2.5 Vergoeding van de kosten van zorg

Vergoeding van de kosten van zorg vindt uitsluitend plaats op basis van maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijzen of op basis van het door de zorgverzekeraar met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen of vastgestelde tarief. Als een tarief geldt dat lager is dan het wettelijk maximum, dan is voor de vergoeding bepalend het door of namens de zorgverzekeraar vastgestelde bedrag.

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door de verzekeraar gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. In de gevallen waarin gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders kan de verzekerde geen of een lagere vergoeding krijgen. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven. Voor de overige vormen van zorg bestaat vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de door de verzekeraar gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders is vermeld op onze website www.iak.nl/zorg of kan telefonisch opgevraagd worden; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. De erkende zorgaanbieders staan vermeld in het betreffende zorgartikel.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. De maximale vergoedingen van de niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunt u raadplegen op onze website.

2.6 Ontlenen recht

Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg bestaat uitsluitend indien en zolang aan de verzekeringsovereenkomst rechten kunnen worden ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Indien 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. Indien er sprake is van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (DBC), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering.

2.7 Aanspraak op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Als de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens-, of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht (Wft) van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op vergoeding van de kosten van prestaties tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. De NHT bepaalt dit percentage. De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clauseblad terrorismedekking

bij de NHT. Dit clauseblad maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.iak.nl/zorg

2.8 Bescherming persoonsgegevens

De bij aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoons- en/of uitvoeringsgegevens worden opgenomen in de door IAK gevoerde persoonsregistratie. Deze persoonsgegevens en andere gegevens worden gebruikt:

- voor het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten of financiële diensten;
- voor het beheren van daaruit voortvloeiende relaties;
- voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand;
- voor onderzoek onder verzekerden 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 en het voorkomen en bestrijden van fraude.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking persoonsgegevens Zorgverzekeraar van toepassing. Deze gedragsregels zijn beschikbaar op www.iak.nl en op aanvraag verkrijgbaar.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mag de zorgverzekeraar:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als hij dit nodig vindt om de verplichtingen uit de aanvullende verzekering(en) te kunnen nakomen;
- het burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht het BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. De zorgverzekeraar zal in de communicatie met de zorgaanbieders het BSN gebruiken.

De zorgverzekeraar neemt hierbij de privacywetgeving in acht.

2.9 Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij de zorgverzekeraar bekende (e-mail) adres, worden geacht de verzekeringnemer dan wel de verzekerde te hebben bereikt. Als de verzekeringnemer ervoor kiest contact op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat de verzekeraar mededelingen ook langs elektronische weg aan de verzekeringnemer doet. Waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in deze situatie ook verstaan 'per e-mail'. Onder adres wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.10 Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Als IAK of de zorgverzekeraar fraude constateert, heeft dit tot gevolg dat elke uit deze verzekering voortvloeiende aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vervalst, waaronder ook aanspraken waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Geconstateerde fraude zal ook tot gevolg hebben dat IAK namens de zorgverzekeraar of de zorgverzekeraar:

- de persoonsgegevens van degene die fraude pleegt, alsmede degene die als medeplichtige of medepleger kan worden aangemerkt, opneemt in het Incidentenregister van de zorgverzekeraar. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door IAK en/of de afdeling Veiligheidszaken van de zorgverzekeraar;
- het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars zal inlichten;
- de verzekering(en) beëindigt en gedurende een periode van 8 jaar kan weigeren nieuwe verzekeringsovereenkomsten te sluiten;
- de lopende (schade)verzekeringen kan beëindigen;
- registratie doet in de tussen financiële instellingen erkende in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR);
- al uitgekeerde vergoedingen terugvordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde;
- aangifte kan doen bij de politie, justitie en/of FIOD-ECD;
- de noodzakelijk gemaakte (onderzoeks)kosten vordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde.

2.11 Bedenkperiode

De verzekeringnemer kan bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen 14 dagen na het aangaan van de verzekeringsovereenkomst, of als dit later is, 14 dagen na ontvangst van de verzekeringsvoorwaarden zonder opgave van redenen schriftelijk of per e-mail opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.12 Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

3 Premie

3.1 Verschuldigheid

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar bereikt, geen premie verschuldigd voor de aanvullende zorgverzekeringen Compact, Compleet en Extra Compleet.

Collectieve overeenkomst

De premies en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag waarop deze overeenkomst van toepassing wordt op de verzekerde, tot de dag waarop de verzekerde niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan deze collectieve overeenkomst. De verzekeringnemer respectievelijk verzekerde kan alleen deelnemen aan één collectieve overeenkomst van zorgverzekering. De verzekeringsvoorwaarden, waaronder de premie(betaling), zoals die gelden voor de individuele overeenkomst gaan in op de dag volgend op de dag waarop de verzekerde niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de betreffende collectieve overeenkomst van zorgverzekering.

3.2 Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

3.2.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Bij vooraf betaling van de premie per jaar, wordt een termijn-betalingskorting op de te betalen premie verleend. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

De premie dient te worden betaald op de betalingswijze zoals met de zorgverzekeraar is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

De verzekeringnemer kan de zorgverzekeraar machtigen voor automatische incasso van verschuldigde bedragen of gebruik maken van de mogelijkheid om via 'AcceptEmail' de premie te betalen. Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren acceptgiro

Als de verzekeringnemer geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden, dan ontvangt de verzekeringnemer een papieren acceptgiro. Per acceptgiro zijn dan kosten verschuldigd. De verzekeringnemer ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd. Ook dan zijn per papieren acceptgiro kosten verschuldigd.

3.2.2 De toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en overige verschuldigde kosten is gemaximeerd tot € 375,-. Voorafgaand aan het incassomoment informeert de zorgverzekeraar verzekeringnemer over de hoogte van het te incasseren bedrag en het moment waarop dit plaatsvindt. Voor bedragen boven de € 375,- wordt een acceptgiro of AcceptEmail toegezonden. Als de zorgverzekeraar ervoor kiest om een acceptgiro te sturen, dan zijn hieraan voor de verzekeringnemer geen extra kosten verbonden.

3.3 Verrekening

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te ontvangen bedrag.

3.4 Overlijden

In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag na de dag waarop de verzekerde is overleden.

3.5 Niet tijdig betalen premie, wettelijke bijdragen en kosten

3.5.1 Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten stuurt de zorgverzekeraar een aanmaning. Als niet wordt betaald binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kan de zorgverzekeraar de dekking schorsen.

3.5.2 In geval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd. De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgend op de dag waarop het gehele verschuldigde bedrag en de eventuele kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen.

In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De verzekering gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

3.5.3 De zorgverzekeraar kan administratiekosten, invorderingskosten (zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke) en wettelijke rente aan de verzekeringnemer in rekening brengen.

3.5.4 Als een verzekeringnemer al is aangemaand voor niet tijdige betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft de zorgverzekeraar bij niet tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.5.5 De zorgverzekeraar kan achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 3.5.3 verrekenen met schadekosten die de verzekerde bij hem heeft gedeclareerd dan wel met andere van de zorgverzekeraar te ontvangen bedragen.

3.5.6 De zorgverzekeraar heeft het recht gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met de verzekeringnemer te sluiten als de verzekering wegens niet tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd.

4 Overige verplichtingen

4.1 Verplichtingen

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar;

- aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, die nodig is voor de uitvoering van de verzekering;
- bij zorg waarvoor in deze verzekeringsvoorwaarden een machtiging is vereist, een verwijsbrief van de behandelend huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist over te leggen, waaruit blijkt dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is;
- de zorgverzekeraar te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en de zorgverzekeraar in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. In dit verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de zorgverzekeraar. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor de zorgverzekeraar in zijn belangen kan worden geschaad;
- de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk maar uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn. Wijzigingen zijn onder meer geboorte, adoptie, overlijden, wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, draagt de zorgverzekeraar geen enkel risico.

Als de verplichtingen niet worden nagekomen en de belangen van de zorgverzekeraar hierdoor worden geschaad, kan de zorgverzekeraar het recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

4.2 Insturen van nota's en declaratietermijn

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. 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. Noteer ook altijd uw verzekerdenummer (of relatienummer) in de rechterbovenhoek van de nota. 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 eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Indien het om een nota uit het buitenland gaat, dan dient u het 'Declaratieformulier medische kosten buitenland' in te vullen. Dit formulier kunt u vinden op onze website.

Betalingen door IAK worden altijd gedaan aan de verzekeringnemer, op het laatst bij ons bekende rekeningnummer.

4.3 Uw kosten online declareren

De verzekeringnemer/verzekerde kan gebruik maken van de online declaratieservice of de mobiele IAK zorg app. Informatie daarover staat op onze website www.iak.nl/zorg. Na het indienen van de declaratie dient de originele nota een jaar lang bewaard te blijven. De zorgverzekeraar kan de nota's opvragen in verband met controle. Als de nota niet kan worden verschaft, kan een uitgekeerd bedrag worden teruggevorderd of verrekend met aan de verzekerde verschuldigde bedragen.

4.4 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.

4.5 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.

4.6 Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg is een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat de verzekerde is aangewezen op de zorg. Dit wordt aangegeven in het betreffende zorgartikel.

In een aantal gevallen is er voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd. Als de verzekerde vooraf geen toestemming heeft gekregen, is er geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Als de verzekerde naar een zorgaanbieder gaat met wie de zorgverzekeraar een contract heeft gesloten, dan is voorafgaande aanvraag voor toestemming niet nodig. De zorgaanbieder beoordeelt in dat geval of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt om toestemming aan de zorgverzekeraar.

Als de verzekerde naar een zorgaanbieder gaat met wie de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten, dan dient de verzekerde zelf toestemming bij de zorgverzekeraar aan te vragen.

4.7 Belangen

Als de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van de in lid 4.1 genoemde verplichtingen kan de zorgverzekeraar de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden schorsen.

5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1 Wijziging premie en voorwaarden

De zorgverzekeraar heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de premie voor de daarin geregelde verzekeringen op ieder moment te wijzigen. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen wijziging mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. Ten aanzien van collectieve verzekeringen geldt dat de mogelijkheid tot herziening van voorwaarden en/of premies nader neergelegd kan zijn in de collectieve overeenkomst.

5.2 Opzeggingsrecht

Als de zorgverzekeraar de premie verhoogt en/of de voorwaarden van de verzekering ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de verhoging c.q. wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft de verzekeringnemer echter niet als de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen of als de verhoging van de premie rechtstreeks voortvloeit uit het bereiken van een leeftijd door de verzekerde, aan wiens leeftijd de premie is gekoppeld.

6 Ingang, duur en beëindiging

6.1 Ingang en duur

De verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde datum of op 1 januari van een kalenderjaar en wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering stilzwijgend verlengd, steeds voor de periode van een kalenderjaar.

Vanaf het moment dat de verzekering ingaat, mag de zorgverzekeraar aan derden (zorgaanbieders, leveranciers en dergelijke) inlichtingen vragen en geven voor zover hij dat nodig acht om de verplichtingen uit hoofde van de verzekering te kunnen nakomen.

6.1.1 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 als de hoogst verzekerde volwassene op de polis.

6.2 Wijziging verzekering

De verzekeringnemer kan een verzekering steeds per 1 januari wijzigen in een andere verzekering. De verzekeringnemer dient de wijziging uiterlijk 31 december door te geven aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan voor het aangaan van een aanvullende verzekering bijzondere voorwaarden stellen of daaraan verbinden. Een ingevulde en ondertekende gezondheidsverklaring kan verbonden worden aan toestemming van de zorgverzekeraar.

6.3 Einde van rechtswege

De in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekeringen eindigen van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- 6.3.1 de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden;
- 6.3.2 de verzekerde overlijdt;
- 6.3.3 de verzekeringsplicht van de verzekerde volgens de Zorgverzekeringswet eindigt;
- 6.3.4 bij permanente vestiging in het buitenland, tenzij de zorgverzekeraar anders bepaalt;
- 6.3.5 de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van deze verzekeringen.

De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als de zorgverzekeraar op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mee.

Als de verzekering eindigt op grond van het onder 6.3.5 gestelde verplicht de zorgverzekeraar zich de verzekeringnemer uiterlijk 3 maanden voordat de verzekering eindigt, van dit einde op de hoogte te stellen.

6.4 Opzegging door de verzekeringnemer

De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk of per e-mail opzeggen:

- uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
- tegelijk met de beëindiging van de (wettelijke) IAK Zorgverzekering;
- in de situaties vermeld in artikel 5.2.

6.5 Opzegging, ontbinding of schorsing door de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar kan de verzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude zoals vermeld in artikel 2.10;
- bij het opzettelijk niet, niet volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of stukken aan de zorgverzekeraar die tot nadeel voor de zorgverzekeraar (kunnen) leiden;

- als de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet de zorgverzekeraar te misleiden of indien de zorgverzekeraar geen verzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. De zorgverzekeraar kan de verzekering in dat geval opzeggen, binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang. De zorgverzekeraar is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of hij kan de uitkering verminderen. De zorgverzekeraar kan de op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.6 Gezondheidsrisico

De zorgverzekeraar kan de verzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voorzover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde.

7 Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg:

- die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan de zorgverzekeraar. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten zonder schriftelijke akkoordverklaring van de zorgverzekeraar, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, indien de verzekerde krachtens deze wet verzekerd was;
- waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening indien de verzekering bij de zorgverzekeraar niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen op grond van deze verzekeringsvoorwaarden die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet of een daarmee overeenkomende zorg- of ziektekostenverzekering; de zorgverzekeraar hanteert het Convenant samenloop zorgverzekering/reisverzekering. Zie ook www.iak.nl/zorg;
- veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft);
- als gevolg van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van de zorgverzekeraar;
- als de kosten in rekening worden gebracht door een zichzelf behandelend zorgverlener, een partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij door de zorgverzekeraar vooraf een machtiging is verleend.

8 Klachten en geschillen

8.1 Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering

8.1.1 Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering kunnen aan de directie van de zorgverzekeraar worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Zorgklachten. Dit kan eveneens via zorgklachten@iak.nl. Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website www.iak.nl/zorg. De afdeling Zorgklachten handelt namens de directie.

8.1.2 Er is sprake van een geschil als er een verschil van inzicht is naar aanleiding van een door de zorgverzekeraar genomen, en na heroverweging gehandhaafd besluit over de uitvoering van de verzekering, waardoor de verzekeringnemer of verzekerde in zijn belang wordt getroffen. In alle overige gevallen is sprake van een klacht.

8.1.3 De zorgverzekeraar bepaalt zijn definitieve standpunt of heroverweegt zijn oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde is of als de zorgverzekeraar niet binnen een termijn van 30 dagen reageert, kan de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. Het is in dit geval ook mogelijk dat de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorlegt aan de daartoe bevoegde rechter.

8.2 Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar

8.2.1 Klachten over door de zorgverzekeraar gehanteerde formulieren kunnen aan de zorgverzekeraar worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Zorgklachten. Het is ook mogelijk een klachtenformulier te downloaden via www.iak.nl/zorg

8.2.2 Klachten zoals genoemd onder lid 8.2.1 kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de zorgverzekeraar en de zorgverzekeraar zijn definitieve standpunt daarover kenbaar heeft gemaakt of binnen een termijn van 30 dagen na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl

Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de verzekeringnemer of verzekerde overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de verzekeringnemer, verzekerde, zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar tot bindend advies.

9 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

De verzekerde heeft aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd voor medisch specialistische, kaakchirurgische of psychologische zorg of enige andere vorm van zorg met een wachttijd door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze verzekering. Als sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kan de verzekerde een beroep doen op bemiddeling via de afdeling Zorgadvies van de zorgverzekeraar, telefoonnummer +31 (0)40 - 261 18 09. De verzekerde kan 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. De zorgverzekeraar bekijkt samen met de verzekerde welke mogelijkheden er zijn.

10 Slotbepaling

In alle gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de zorgverzekeraar.

Dekking

Omvang van de dekking

Vergoeding wordt verleend voor de navolgende kosten van zorg of diensten voor zover hiervoor geen aanspraak (meer) bestaat krachtens de IAK Zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet of krachtens een of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekeringen, die als aanvulling op de IAK Zorgverzekering (hoofdverzekering) gesloten worden.

1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

- 1.1** Vergoeding voor de kosten van behandelingen, consulten en alternatieve bewegingstherapieën:
- acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen;
 - antroposofie;
 - homeopathie;
 - natuurgeneeswijzen;
 - psychosociale zorg vanaf 18 jaar;
 - podotherapie (met uitzondering van de kosten van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen waaronder steunzolen);
 - haptotherapie;
 - cranio sacraal therapie;
 - chiropractie;
 - osteopathie;
 - manuele therapie E.S.;
 - (ortho)manuele geneeskunde;
 - ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

De zorg als genoemd onder a. tot en met m. dient te worden verleend door een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder;

Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. U kunt deze ook telefonisch opvragen. Kijk voor meer informatie in artikel 2.4 en 2.5 van de Algemene bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

- 1.2** Vergoeding voor de (genees)middelen die op grond van de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopatische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.
- 1.3** Vergoeding van de kosten van de onder lid 1.1 en 1.2 genoemde behandelingen en consulten respectievelijk (genees)middelen tezamen bedraagt per verzekerde per verzekeringsjaar het op uw polisblad vermelde maximum vergoedingsbedrag per gekozen Topping.
Voor de kosten van consulten en/of behandelingen van de hiervoor genoemde artsen en/of therapeuten tezamen wordt (mits sprake is van een in de beroepsgroep gebruikelijk consult en/of behandeling) maximaal € 75,- per verzekerde per dag vergoed.

Het gekozen maximum vergoedingsbedrag van de Topping, is inclusief het navolgende maximum vergoedingsbedrag voor (genees)middelen:

Topping Alternatieve zorg 0	: geen dekking
Topping Alternatieve zorg 100	: maximaal € 100,- voor behandelingen/consulten en (genees)middelen tezamen
Topping Alternatieve zorg 250	: maximaal € 250,-; hierbij geldt dat binnen dit totaalbedrag maximaal € 125,- voor (genees)middelen wordt vergoed
Topping Alternatieve zorg 400	: maximaal € 400,-; hierbij geldt dat binnen dit totaalbedrag maximaal € 125,- voor (genees)middelen wordt vergoed

Bijzonderheden

Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen.

2 Brillen/Lenzen/Ooglaserbehandeling (OptiekPlan) (indien meeverzekerd)

Vergoeding volgens de keuzemodule OptiekPlan voor de kosten van:

- brillenglazen op sterkte, eventueel inclusief montuur, tot maximaal 1 bril per jaar of;
- contactlenzen op sterkte tot maximaal 365 sets daglenzen of 12 sets maandlenzen of 2 sets halfjaarlenzen of 4 sets kwartaallenzen of 1 set lenzen voor langer gebruik tot maximaal het opgebouwde (spaar)tegoed;
- ooglaserbehandeling (refractiechirurgie) door een aangewezen zorgaanbieder.

Het maximaal op te bouwen (spaar)tegoed bedraagt € 100,- per verzekerde per verzekeringsjaar tot een totaalbedrag van € 300,-. Indien na drie kalenderjaren niet gedeclareerd en vergoed is, dan blijft het opgebouwde spaartegoed van € 300,- behouden tot het moment dat alsnog tot declaratie en vergoeding wordt overgegaan.

Indien vergoeding plaatsvindt van de kosten in enig verzekeringsjaar, vervalt het eventuele resterende (spaar)tegoed voor dat verzekeringsjaar en wordt het (spaar)tegoed in het verzekeringsjaar volgend op het verzekeringsjaar waarin wordt gedeclareerd opnieuw op € 100,- gezet.

De brillenglazen (eventueel inclusief montuur) of de contactlenzen dienen door een opticien of optiekbedrijf geleverd te zijn.

Er zijn speciale voordelen voor u als klant van IAK. Kijk voor de actuele ledenvoordelen op onze website.

Uitgesloten is de vergoeding van de kosten van zonnebrillen en gekleurde brillenglazen/contactlenzen.

Let op!

Om u tijdig te kunnen informeren over de hoogte van uw (spaar)tegoed voor het nieuwe verzekeringsjaar ontvangen wij uw declaraties graag uiterlijk 1 maand na afloop van het verzekeringsjaar na aanschaf van de brillenglazen (eventueel inclusief montuur) of de contactlenzen.

3 Buitenland

3.1 Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

Vergoeding voor de kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp wegens een onvoorzien ziektegeval ontstaan tijdens de eerste 12 maanden van een verblijf in het buitenland voor vakantie, dienstreis of studiedoeleinden tot ten hoogste 200% van de kosten, die bij een soortgelijke behandeling in Nederland zouden zijn uitgekeerd. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend op grond van de polisdekking geldende maximale vergoeding en indien er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de IAK Zorgverzekering. De te verlenen vergoeding heeft dan een aanvullend karakter.

3.2 Hulpverlening/Alarmcentrale

In geval van een acute ziekenhuisopname in het buitenland dient direct contact te worden opgenomen met de zorgverzekeraar of met de Alarmcentrale B.V. Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International. SOS International is dag en nacht bereikbaar, ook in het weekend, onder telefoonnummer + 31 (0)20 - 651 51 51.

3.3 Repatriëring

Vergoeding van de kosten van repatriëring van zieken of gewonden per ambulance en/of per vliegtuig, inclusief de in rekening gebrachte kosten voor begeleiding, indien hiervoor medische noodzaak aanwezig is. Ter beoordeling van de medische noodzaak dient een voorgenomen repatriëring vooraf te worden gemeld bij de zorgverzekeraar of de Alarmcentrale SOS International.

4 Farmaceutische zorg

4.1 Anticonceptiva

Vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium geleverd door een apotheker of apotheekehoudend huisarts op voorschrift van een huisarts of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel tot maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel, zoals een spiraaltje, worden, ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering. Indien u jonger bent dan 21 jaar, dan hebt u recht op (vergoeding van) anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium op grond van de zorgverzekering.

4.2 Eigen bijdrage

Vergoeding van de eigen bijdrage die is verschuldigd krachtens de in het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) tot maximaal € 200,- per verzekerde per jaar. Het GVS is onderdeel van de Regeling zorgverzekering.

5 Fysiotherapie en oefentherapie

Vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, oedeemtherapeut, psychosomatisch therapeut of bekkenfysiotherapeut, uitsluitend indien en voor zover geen vergoeding (meer) bestaat krachtens de IAK Zorgverzekering of een of meerdere aanvullende verzekeringen in deze verzekeringsvoorwaarden.

De vergoeding bedraagt het op uw polisblad vermelde maximum vergoedingsbedrag per gekozen Topping.

Bij behandelingen van chronische aandoeningen volgens Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekeringen, dient de nota vergezeld te zijn van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch geïndiceerd is.

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor meer informatie in artikel 2.4 en 2.5 van de Algemene bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden.

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van onder andere zwangerschaps- en kraamgymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele dan wel groepsbehandeling of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

6 Huidtherapie

Vergoeding voor de kosten tot een maximum van € 150,- per verzekerde per verzekeringsjaar voor:

- camouflagelessen en de aanschafkosten van de voor die lessen benodigde middelen;
- (laser)epilatie in het gelaat bij vrouwelijke verzekerden;
- peeling in geval van ernstige acne;
- lymfedrainage.

Het recht op vergoeding voor deze kosten bestaat indien de zorg wordt verleend door een aangewezen huidtherapeut of schoonheidsspecialist op voorschrift van een huisarts of medisch specialist.

7 Hulpmiddelen (eigen bijdragen)

Vergoeding van de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd boven de in de IAK Zorgverzekering genoemde toepasselijke Regeling zorgverzekering tot maximaal € 150,- per verzekerde per verzekeringsjaar. De vergoeding van de eigen bijdragen kan gemaximeerd zijn. De vaststelling van dat maximum is ter beoordeling aan de zorgverzekeraar. Aan de vergoeding of bruikleen van hulpmiddelen kan de zorgverzekeraar voorafgaande toestemming verbinden, een en ander ter beoordeling aan de zorgverzekeraar en/of conform het bepaalde daaromtrent in het Reglement hulpmiddelen. Voor de hoogte van de vergoedingen zie de IAK Vergoedingsregeling hulpmiddelen op www.iak.nl/zorg

8 Preventieve zorg

Een budget voor preventie dat u kunt besteden aan de volgende vormen van preventie:

8.1 Cursussen

- cursussen tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, een kraamcentrum, een verloskundige(praktijk) of verzorgd door een yogadocent die lid is van de Vereniging Yogaleerkrachten Nederland (VYN);
- 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;
- cursussen omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ- instelling;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een erkende vereniging;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl. Onder het kopje 'NPCF' vindt u een link 'onze leden'.

8.2 Sport Medisch Advies

Behandelingen, consulten en sportkeuringen door een sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

8.3 Vaccinaties in verband met buitenlandse reizen

Vergoeding van noodzakelijke vaccinaties, consulten en/of preventieve geneesmiddelen in verband met reizen naar het buitenland ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon)meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis door een huisarts of arts die een LCR-accreditatie en gele-koorts registratie heeft. Voor adressen zie de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesering (www.lcr.nl).

Vaccinaties en/of geneesmiddelen in verband met beroepsmatige reizen of beroepsmatig verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

Voor de in dit artikel genoemde preventieve zorg tezamen geldt een maximum vergoeding van € 100,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

9 Steunzolen

Vergoeding tot maximaal € 50,- per verzekerde per verzekeringsjaar voor de kosten van steunzolen of inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen op voorschrift van de huisarts, medisch specialist of podotherapeut. Levering dient te geschieden door een orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats, of podotherapeut.

10 Zittend ziekenvervoer

Vergoeding voor:

- de kosten van zittend ziekenvervoer (taxi, eigen auto of laagste klasse van openbaar vervoer) indien en voor zover geen vergoeding (meer) bestaat krachtens de medische indicaties als genoemd in de IAK Zorgverzekering en het daarvan deel uitmakende Besluit en de Regeling zorgverzekering, een en ander ter beoordeling aan de zorgverzekeraar en na voorafgaande schriftelijke toestemming door de zorgverzekeraar; in geval van vervoer met eigen auto bedraagt de vergoeding een bij Regeling zorgverzekering te bepalen bedrag per kilometer;
- de (wettelijke) eigen bijdrage als genoemd in de Regeling zorgverzekering van de IAK Zorgverzekering, per verzekerde per verzekeringsjaar voor zittend ziekenvervoer (taxi of eigen auto).

Vergoeding vindt plaats indien er sprake is van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland, naar en van een ziekenhuis of de plaats waar een medisch specialist praktijk uitoefent, dan wel naar en van voorzieningen die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komen. Vervoer in verband met hulp gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling is een aanspraak op grond van de AWBZ.

Dekking

Omvang van de dekking

Vergoeding wordt verleend voor de navolgende kosten van zorg of diensten voor zover hiervoor geen aanspraak (meer) bestaat krachtens de IAK Zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet of krachtens een of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekeringen, die als aanvulling op de IAK Zorgverzekering (hoofdverzekering) gesloten worden.

1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

- 1.1** Vergoeding voor de kosten van behandelingen, consulten en alternatieve bewegingstherapieën:
- acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen;
 - antroposofie;
 - homeopathie;
 - natuurgeneeswijzen;
 - psychosociale zorg vanaf 18 jaar;
 - podotherapie (met uitzondering van de kosten van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen waaronder steunzolen);
 - haptotherapie;
 - cranio sacraal therapie;
 - chiropractie;
 - osteopathie;
 - manuele therapie E.S.;
 - (ortho)manuele geneeskunde;
 - ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn;

De zorg als genoemd onder a. tot en met m. dient te worden verleend door een door de zorgverzekeraar aange-wezen zorgaanbieder;

Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. U kunt deze ook telefonisch opvragen. Kijk voor meer informatie in artikel 2.4 en 2.5 van de Algemene bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

- 1.2** Vergoeding voor de (genees)middelen die op grond van de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopatische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.
- 1.3** Vergoeding van de kosten van de onder lid 1.1 en 1.2 genoemde behandelingen en consulten respectievelijk (genees)-middelen tezamen bedraagt per verzekerde per verzekeringsjaar het op uw polisblad vermelde maximum vergoedingsbedrag per gekozen Topping.
Voor de kosten van consulten en/of behandelingen van de hiervoor genoemde artsen en/of therapeuten tezamen wordt (mits sprake is van een in de beroepsgroep gebruikelijk consult en/of behandeling) maximaal € 75,- per verzekerde per dag vergoed.

Het gekozen maximum vergoedingsbedrag van de Topping, is inclusief het navolgende maximum vergoedingsbedrag voor (genees)middelen:

Topping Alternatieve zorg 0	: geen dekking
Topping Alternatieve zorg 400	: maximaal € 400,-; hierbij geldt dat binnen dit totaalbedrag maximaal € 250,- voor (genees)middelen wordt vergoed
Topping Alternatieve zorg 550	: maximaal € 550,-; hierbij geldt dat binnen dit totaalbedrag maximaal € 250,- voor (genees)middelen wordt vergoed
Topping Alternatieve zorg 650	: maximaal € 650,-; hierbij geldt dat binnen dit totaalbedrag maximaal € 250,- voor (genees)middelen wordt vergoed

Bijzonderheden

onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen.

2 Brillen/Lenzen/Ooglaserbehandeling (OptiekPlan) (indien meeverzekerd)

Vergoeding volgens de keuzemodule OptiekPlan voor de kosten van:

- brillenglazen op sterkte, eventueel inclusief montuur, tot maximaal 1 bril per jaar of;
- contactlenzen op sterkte tot maximaal 365 sets daglenzen of 12 sets maandlenzen of 2 sets halfjaarlenzen of 4 sets kwartaallenzen of 1 set lenzen voor langer gebruik tot maximaal het opgebouwde (spaar)tegoed;
- ooglaserbehandeling (refractiechirurgie) door een aangewezen zorgaanbieder.

Het maximaal op te bouwen (spaar)tegoed bedraagt € 100,- per verzekerde per verzekeringsjaar tot een totaalbedrag van € 300,-. Indien na drie kalenderjaren niet gedeclareerd en vergoed is, dan blijft het opgebouwde spaartegoed van € 300,- behouden tot het moment dat alsnog tot declaratie en vergoeding wordt overgegaan

Indien vergoeding plaatsvindt van de kosten in enig verzekeringsjaar, vervalt het eventuele resterende (spaar)tegoed voor dat verzekeringsjaar en wordt het (spaar)tegoed in het verzekeringsjaar volgend op het verzekeringsjaar waarin wordt gedeclareerd opnieuw op € 100,- gezet.

De brillenglazen (eventueel inclusief montuur) of de contactlenzen dienen door een opticien of optiekbedrijf geleverd te zijn.

Er zijn speciale voordelen voor u als klant van IAK. Kijk voor de actuele ledenvoordelen op onze website.

Uitgesloten is de vergoeding van de kosten van zonnebrillen en gekleurde brillenglazen/contactlenzen.

Let op!

Om u tijdig te kunnen informeren over de hoogte van uw (spaar)tegoed voor het nieuwe verzekeringsjaar ontvangen wij uw declaraties graag uiterlijk 1 maand na afloop van het verzekeringsjaar na aanschaf van de brillenglazen (eventueel inclusief montuur) of de contactlenzen.

3 Buitenland

3.1 Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

Vergoeding voor de kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp wegens een onvoorzien ziektegeval ontstaan tijdens de eerste 12 maanden van een verblijf in het buitenland voor vakantie, dienstreis of studiedoeleinden tot ten hoogste 200% van de kosten, die bij een soortgelijke behandeling in Nederland zouden zijn uitgekeerd. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend op grond van de polisdekking geldende maximale vergoeding en indien er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de IAK Zorgverzekering. De te verlenen vergoeding heeft dan een aanvullend karakter.

3.2 Hulpverlening/alarmcentrale

In geval van een acute ziekenhuisopname in het buitenland dient direct contact te worden opgenomen met de zorgverzekeraar of met de Alarmcentrale B.V. Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International. SOS International is dag en nacht bereikbaar, ook in het weekend, onder telefoonnummer: + 31 (0)20 - 651 51 51.

3.3 Vervoer

Vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

3.4 Repatriëring

Vergoeding van de kosten van repatriëring van zieken of gewonden per ambulance en/of per vliegtuig, inclusief de in rekening gebrachte kosten voor begeleiding, indien hiervoor medische noodzaak aanwezig is. Ter beoordeling van de medische noodzaak dient een voorgenomen repatriëring vooraf te worden gemeld bij de zorgverzekeraar of de Alarmcentrale SOS International.

4 Farmaceutische zorg

4.1 Anticonceptiva

Vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts op voorschrift van een huisarts of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel tot maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel, zoals een spiraaltje, worden, ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering. Indien u jonger bent dan 21 jaar, dan hebt u recht op (vergoeding van) anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium op grond van de zorgverzekering.

4.2 Eigen bijdrage

Vergoeding van de eigen bijdrage die is verschuldigd krachtens de in het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS). Het GVS is onderdeel van de Regeling zorgverzekering.

5 Fysiotherapie en oefentherapie

Vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, oedeemtherapeut, psychosomatisch therapeut of bekkenfysiotherapeut, uitsluitend indien en voor zover geen vergoeding (meer) bestaat krachtens de IAK Zorgverzekering of een of meerdere aanvullende verzekeringen in deze verzekeringsvoorwaarden.

De vergoeding bedraagt het op uw polisblad vermelde maximum vergoedingsbedrag per gekozen Topping.

Bij behandelingen van chronische aandoeningen volgens Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekeringen, dient de nota vergezeld te zijn van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch geïndiceerd is.

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor meer informatie in artikel 2.4 en 2.5 van de Algemene bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden.

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van onder andere zwangerschaps- en kraamgymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele dan wel groepsbehandeling of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

6 Geboortezorg (indien meeverzekerd)

Vergoeding voor de kosten van zorg die gerelateerd zijn aan geboortezorg. De vergoeding voor deze keuzemodule geboortezorg omvat:

6.1 Eigen bijdragen verloskundige hulp en kraamzorg

Vergoeding van de (wettelijke) eigen bijdragen voor verloskundige hulp en kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering in rekening gebracht door het ziekenhuis of kraamcentrum. De aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren of dagen waarop de aanspraak op kraamzorg op grond van de IAK Zorgverzekering betrekking heeft.

6.2 Kraampakket

Levering van een door de zorgverzekeraar in overleg met verloskundigen samengesteld kraampakket. Om in aanmerking te komen voor een kraampakket dient de kraamzorg tenminste 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aangevraagd te worden bij de Klantenservice Zorg- en Inkomensverzekeringen, telefoonnummer: +31 (0)40 - 261 18 88.

6.3 Meerlingen

Bij bevalling van een meeverzekerde meerling wordt een bedrag van éénmalig € 200,- voor het tweede en volgende kind(eren) vergoed.

6.4 Kraamzorg bij adoptie

Vergoeding voor de kosten van noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het adoptiekind, jonger dan 3 maanden, evenals het inpassen van zorg in het dagelijkse ritme. De verzorging dient te worden verleend door een kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum. De vergoeding is gemaximeerd tot het aantal zorguren geïndiceerd door het kraamcentrum tot ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen.

6.5 Lactatiekundige zorg

Vergoeding voor de kosten van hulp en advies bij borstvoeding door een lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) tot maximaal € 115,- per bevalling.

6.6 Couveuse-nazorg

Vergoeding voor de kosten van couveuse nazorg tot maximaal 12 uren, verleend door een kraamverzorgende.

6.7 Zelfhulpprogramma 'Slimmer Zwanger'

Vergoeding van de abonnementskosten voor het zelfhulpprogramma 'Slimmer Zwanger', eenmaal voor de gehele duur van de verzekering. Een abonnement op het 'Slimmer Zwanger' programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.

7 Groepstherapie voor reumapatiënten

Vergoeding voor de kosten van groepstherapie voor leden van de reumapatiëntenvereniging onder leiding van een fysiotherapeut tot een maximum van € 150,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

8 Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Vergoeding van de kosten van maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar. De hand- of vingerspalk wordt tijdelijk ingezet als onderdeel van een behandeling om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.

Het recht op vergoeding voor deze kosten bestaat indien de zorg wordt verleend door een aangewezen zorgaanbieder op voorschrift van een huisarts of medisch specialist. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden:

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

9 Huidtherapie

Vergoeding voor de kosten tot een maximum van € 350,- per verzekerde per verzekeringsjaar voor:

- camouflagelessen en de aanschafkosten van de voor die lessen benodigde middelen;
- (laser)epilatie in het gelaat bij vrouwelijke verzekerden;
- peeling in geval van ernstige acne;
- lymfedrainage.

Het recht op vergoeding voor deze kosten bestaat indien de zorg wordt verleend door een aangewezen huidtherapeut of schoonheidsspecialist op voorschrift van een huisarts of medisch specialist.

10 Logeerfaciliteit

Vergoeding van de overnachtingskosten van de ouders in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen en aan dat ziekenhuis verbonden gast- of logeerhuis in geval van ziekenhuisopname van een krachtens de polis verzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

11 Medisch specialistische zorg/(plastische) chirurgische of reconstructieve behandelingen

Vergoeding voor de kosten van behandelingen:

- a. bij snurken (uvuloplastiek);
- b. voor correctie oorstand;
- c. voor het operatief plaatsen of vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstampuatie;
- d. gericht op de circumcisie van de verzekerde;
- e. voor sterilisatie zowel voor man als vrouw.

Voor de behandelingen genoemd onder a. tot en met d. wordt uitsluitend vergoeding verleend indien en voor zover daarvoor een specifieke medische noodzaak bestaat en na voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar. Een en ander ter beoordeling aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

In het geval van specialistische behandeling en/of verpleging in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum geldt een vergoeding op grond van de met de zorgverzekeraar overeengekomen Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Recht op vergoeding bestaat eveneens voor deze hulp waarvoor de zorgverzekeraar geen overeenkomst met de hulpverlener/zorgaanbieder heeft gesloten. In dat geval geldt het wettelijk vastgestelde tarief en voor behandelingen waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld een beperkte vergoeding per Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Indien de DBC-declaratie is aangevangen in het voorgaande verzekeringsjaar, dient deze gedeclareerd te worden bij de zorgverzekeraar waar de verzekerde op het moment van aanvang van de behandeling was verzekerd.

12 Nachtelijk verblijf na oncologische behandeling

Vergoeding voor de kosten van nachtelijk verblijf tot een maximum van € 35,- per nacht per verzekerde in een aan het ziekenhuis verbonden gast- of logeerkamer in aansluiting op een poliklinische behandeling door middel van bestraling c.q. behandeling met cytostatica.

13 Preventieve zorg

Een budget voor preventie dat u kunt besteden aan de volgende vormen van preventie:

13.1 Cursussen

- cursussen tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, een kraamcentrum, een verloskundige(praktijk) of verzorgd door een yogadocent die lid is van de Vereniging Yogaleerkrachten Nederland (VYN);
- 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;
- cursussen omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ-instelling;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een erkende vereniging;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl Onder het kopje 'NPCF' vindt u een link 'onze leden'.

13.2 Sport Medisch Advies

Behandelingen, consulten en sportkeuringen door een sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

13.3 Vaccinaties in verband met buitenlandse reizen

Vergoeding van noodzakelijke vaccinaties, consulten en/of preventieve geneesmiddelen in verband met reizen naar het buitenland ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococci)meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis door een huisarts of arts die een LCR-accreditatie en gele-koorts registratie heeft. Voor adressen zie de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvies (www.lcr.nl).

Vaccinaties en/of geneesmiddelen in verband met beroepsmatige reizen of beroepsmatig verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

Voor de in dit artikel genoemde preventieve zorg tezamen geldt een maximum vergoeding van € 150,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

14 Seniorzorg (indien meeverzekerd)

14.1 Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoeding van de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd boven de in de IAK Zorgverzekering genoemde toepasselijke Regeling zorgverzekering te verlenen gemaximeerde vergoeding. De vergoeding van de eigen bijdragen kan gemaximeerd zijn. De vaststelling van dat maximum is ter beoordeling aan de zorgverzekeraar. Aan de vergoeding of bruikleen van hulpmiddelen kan de zorgverzekeraar voorafgaande toestemming verbinden, een en ander ter beoordeling aan de zorgverzekeraar en/of conform het bepaalde daaromtrent in het Reglement hulpmiddelen. Voor de hoogte van de vergoedingen zie de IAK Vergoedingsregeling hulpmiddelen op www.iak.nl/zorg

14.2 Correctie bovenoogleden

Indicatie voor correctie van bovenoogleden:

Verlamde of verslakte bovenoogleden die gepaard gaan met aantoonbare beperkingen van het gezichtsveld. Hiervan is sprake als:

- de pupil enigszins bedekt wordt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u ontspannen recht vooruit kijkt, of;
- er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;
- er aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid bestaat.

Voor de aanvraag/machtiging dient een foto meegestuurd te worden (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder de indicatie, goed zichtbaar is.

Voor deze behandeling wordt uitsluitend vergoeding verleend indien en voor zover daarvoor een specifieke medische noodzaak bestaat en na voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar. Een en ander ter beoordeling aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

In het geval van specialistische behandeling en/of verpleging in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum geldt een vergoeding op grond van de met de zorgverzekeraar overeengekomen Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Recht op vergoeding bestaat eveneens voor deze hulp waarvoor de zorgverzekeraar geen overeenkomst met de hulpverlener/zorgaanbieder heeft gesloten. In dat geval geldt het wettelijk vastgestelde tarief en voor behandelingen waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld een beperkte vergoeding per Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Indien de DBC-declaratie is aangevangen in het voorgaande verzekeringsjaar, dient deze gedeclareerd te worden bij de zorgverzekeraar waar de verzekerde op het moment van aanvang van de behandeling was verzekerd.

14.3 Lidmaatschap patiënten (belangen)vereniging

Vergoeding voor de kosten voor het lidmaatschap van een patiënten(belangen)vereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) of 'Ieder(in)'. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van het betalingsbewijs tot ten hoogste € 75,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

14.4 Steunpessarium

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

15 Steunzolen

Vergoeding tot maximaal € 100,- per verzekerde per verzekeringsjaar voor de kosten van steunzolen of inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen op voorschrift van de huisarts, medisch specialist of podotherapeut. Levering dient te geschieden door een orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats, of podotherapeut.

16 Stottertherapie

Vergoeding voor de kosten van stottertherapie volgens de methode Del Ferro, BOMA of Hausdörfer tot maximaal € 500,- per verzekerde, gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

17 Tandheelkundige zorg

17.1 Voor verzekerden tot 18 jaar

Vergoeding van de kosten van behandelingen door een tandarts of een door de overheid erkend centrum voor bijzondere tandheelkunde, waarbij de vergoeding voor bruggen, brugdelen en kronen maximaal € 500,- per verzekerde per jaar bedraagt. Vergoeding vindt plaats op grond van het door de NZa wettelijk vastgestelde tarief.

17.2 Orthodontische behandeling (gebitsregulatie) voor verzekerden tot 18 jaar

Vergoeding van de kosten van behandeling door een orthodontist of tandarts in verband met een orthodontische behandeling (gebitsregulatie). Indien de aangevangen orthodontische behandeling niet eindigt voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd, zal voor de voortgezette behandeling eveneens vergoeding van kosten plaatsvinden. Vergoeding vindt plaats op grond van het door de NZa wettelijk vastgestelde tarief.

Vergoeding van de kosten wordt verleend per gekozen Topping per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de verzekering. De vergoeding bedraagt:

Topping Orthodontie € 2.000,- : 90% van de gedeclareerde kosten tot maximaal het wettelijke tarief
Topping Orthodontie € 1.750,- : 90% van de gedeclareerde kosten tot maximaal het wettelijke tarief
Topping Orthodontie € 1.250,- : 80% van de gedeclareerde kosten tot maximaal het wettelijke tarief

18 Zittend ziekenvervoer

Vergoeding voor:

- de kosten van zittend ziekenvervoer (taxi, eigen auto of laagste klasse van openbaar vervoer) indien en voor zover geen vergoeding (meer) bestaat krachtens de medische indicaties als genoemd in de IAK Zorgverzekering en het daarvan deel uitmakende Besluit en de Regeling zorgverzekering, een en ander ter beoordeling aan de zorgverzekeraar en na voorafgaande schriftelijke toestemming door de zorgverzekeraar; in geval van vervoer met eigen auto bedraagt de vergoeding een bij Regeling zorgverzekering te bepalen bedrag per kilometer;
- de (wettelijke) eigen bijdrage als genoemd in de Regeling zorgverzekering van de IAK Zorgverzekering, per verzekerde per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer (taxi, eigen auto of openbaar vervoer).

Vergoeding vindt plaats indien er sprake is van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland, naar en van een ziekenhuis of de plaats waar een medisch specialist praktijk uitoefent, dan wel naar en van voorzieningen die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komen. Vervoer in verband met hulp gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling is een aanspraak op grond van de AWBZ.

Dekking

Omvang van de dekking

Vergoeding wordt verleend voor de navolgende kosten van zorg of diensten voor zover hiervoor geen aanspraak (meer) bestaat krachtens de IAK Zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet of krachtens een of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekeringen, die als aanvulling op de IAK Zorgverzekering (hoofdverzekering) gesloten worden.

1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

- 1.1** Vergoeding voor de kosten van behandelingen, consulten en alternatieve bewegingstherapieën:
- acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen;
 - antroposofie;
 - homeopathie;
 - natuurgeneeswijzen;
 - psychosociale zorg vanaf 18 jaar;
 - podotherapie (met uitzondering van de kosten van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen waaronder steunzolen);
 - haptotherapie;
 - cranio sacraal therapie;
 - chiropractie;
 - osteopathie;
 - manuele therapie E.S.;
 - (ortho)manuele geneeskunde;
 - ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

De zorg als genoemd onder a tot en met m dient te worden verleend door een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder;

Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. U kunt deze ook telefonisch opvragen. Kijk voor meer informatie in artikel 2.4 en 2.5 van de Algemene bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

- 1.2** Vergoeding voor de (genees)middelen die op grond van de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopatische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.
- 1.3** Vergoeding van de kosten van de onder lid 1.1 en 1.2 genoemde behandelingen en consulten respectievelijk (genees)middelen tezamen bedraagt per verzekerde per verzekeringsjaar het op uw polisblad vermelde maximum vergoedingsbedrag per gekozen Topping.
Voor de kosten van consulten en/of behandelingen van de hiervoor genoemde artsen en/of therapeuten tezamen wordt (mits sprake is van een in de beroepsgroep gebruikelijk consult en/of behandeling) maximaal € 75,- per verzekerde per dag vergoed.

Het gekozen maximum vergoedingsbedrag van de Topping, is inclusief het navolgende maximum vergoedingsbedrag voor (genees)middelen:

Topping Alternatieve zorg 0	: geen dekking
Topping Alternatieve zorg 650	: maximaal € 650,-; hierbij geldt dat binnen dit totaalbedrag maximaal € 500,- voor (genees)middelen wordt vergoed
Topping Alternatieve zorg 750	: maximaal € 750,-; hierbij geldt dat binnen dit totaalbedrag maximaal € 500,- voor (genees)middelen wordt vergoed
Topping Alternatieve zorg 850	: maximaal € 850,-; hierbij geldt dat binnen dit totaalbedrag maximaal € 500,- voor (genees)middelen wordt vergoed

Bijzonderheden

onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen.

2 Brillen/Lenzen/Ooglaserbehandeling (OptiekPlan)

Vergoeding volgens het OptiekPlan voor de kosten van:

- brillenglazen op sterkte, eventueel inclusief montuur, tot maximaal 1 bril per jaar of;
- contactlenzen op sterkte tot maximaal 365 sets daglenzen of 12 sets maandlenzen of 2 sets halfjaarlenzen of 4 sets kwartaallenzen of 1 set lenzen voor langer gebruik tot maximaal het opgebouwde (spaar)tegoed;
- ooglaserbehandeling (refractiechirurgie) door een aangewezen zorgaanbieder.

Het maximaal op te bouwen (spaar)tegoed bedraagt € 100,- per verzekerde per verzekeringsjaar tot een totaalbedrag van € 300,-. Indien na drie kalenderjaren niet gedeclareerd en vergoed is, dan blijft het opgebouwde spaartegoed van € 300,- behouden tot het moment dat alsnog tot declaratie en vergoeding wordt overgegaan

Indien vergoeding plaatsvindt van de kosten in enig verzekeringsjaar, vervalt het eventuele resterende (spaar)tegoed voor dat verzekeringsjaar en wordt het (spaar)tegoed in het verzekeringsjaar volgend op het verzekeringsjaar waarin wordt gedeclareerd opnieuw op € 100,- gezet.

De brillenglazen (eventueel inclusief montuur) of de contactlenzen dienen door een opticien of optiekbedrijf geleverd te zijn.

Er zijn speciale voordelen voor u als klant van IAK. Kijk voor de actuele ledenvoordelen op onze website.

Uitgesloten is de vergoeding van de kosten van zonnebrillen en gekleurde brillenglazen/contactlenzen.

Let op!

Om u tijdig te kunnen informeren over de hoogte van uw (spaar)tegoed voor het nieuwe verzekeringsjaar ontvangen wij uw declaraties graag uiterlijk 1 maand na afloop van het verzekeringsjaar na aanschaf van de brillenglazen (eventueel inclusief montuur) of de contactlenzen.

3 Buitenland

3.1 Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

Vergoeding voor de kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp wegens een onvoorzien ziektegeval ontstaan tijdens de eerste 12 maanden van een verblijf in het buitenland voor vakantie, dienstreis of studietoelinden tot ten hoogste 200% van de kosten, die bij een soortgelijke behandeling in Nederland zouden zijn uitgekeerd. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend op grond van de polisdekking geldende maximale vergoeding en indien er aanspraak op de zorg bestaat vanuit de IAK Zorgverzekering. De te verlenen vergoeding heeft dan een aanvullend karakter.

3.2 Hulpverlening/alarmcentrale

In geval van een acute ziekenhuisopname in het buitenland dient direct contact te worden opgenomen met de zorgverzekeraar of met de Alarmcentrale B.V. Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International. SOS International is dag en nacht bereikbaar, ook in het weekend, onder telefoonnummer: + 31 (0)20 - 651 51 51.

3.3 Vervoer

Vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of taxi naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

3.4 Repatriëring

Vergoeding van de kosten van repatriëring van zieken of gewonden per ambulance en/of per vliegtuig, inclusief de in rekening gebrachte kosten voor begeleiding, indien hiervoor medische noodzaak aanwezig is. Ter beoordeling van de medische noodzaak dient een voorgenomen repatriëring vooraf te worden gemeld bij de zorgverzekeraar of de Alarmcentrale SOS International.

3.5 Niet spoedeisende zorg in het buitenland

Vergoeding voor de kosten van medische zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland uitsluitend indien en voor zover de zorgverzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in Nederland zouden zijn gemaakt op grond van de IAK Zorgverzekering of deze aanvullende verzekeringsvoorwaarden tot maximaal 200% van het in Nederland geldende Wmg-tarief, of bij het ontbreken daarvan, het in de Nederlandse gezondheidszorg voor betreffende medische zorg gangbare of gebruikelijke tarief. Het tijdelijk verblijf in het buitenland dient maximaal 12 aaneengesloten maanden te zijn. Uitgesloten zijn de kosten van (zieken)vervoer van en naar het buitenland alsmede het vervoer in het buitenland zelf.

Recht op vergoeding bestaat uitsluitend:

- na voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld;
- de te verlenen vergoeding heeft dan een aanvullend karakter.

4 Farmaceutische zorg

4.1 Anticonceptiva

Vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium geleverd door een apotheker of apotheekhoudend huisarts op voorschrift van een huisarts of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel tot maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel, zoals een spiraaltje, worden, ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering. Indien u jonger bent dan 21 jaar, dan hebt u recht op (vergoeding van) anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium op grond van de zorgverzekering.

4.2 Eigen bijdrage

Vergoeding van de eigen bijdrage die is verschuldigd krachtens de in het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het GVS is onderdeel van de Regeling zorgverzekering.

5 Fysiotherapie en oefentherapie

Vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, oedeemtherapeut, psychosomatisch therapeut of bekkenfysiotherapeut, uitsluitend indien en voor zover geen vergoeding (meer) bestaat krachtens de IAK Zorgverzekering of een of meerdere aanvullende verzekeringen in deze verzekeringsvoorwaarden.

De vergoeding bedraagt het op uw polisblad vermelde maximum vergoedingsbedrag per gekozen Topping.

Bij behandelingen van chronische aandoeningen volgens Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekeringen, dient de nota vergezeld te zijn van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch geïndiceerd is.

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor meer informatie in artikel 2.4 en 2.5 van de Algemene bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden.

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van onder andere zwangerschaps- en kraamgymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele dan wel groepsbehandeling of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

6 Geboortezorg

6.1 Eigen bijdragen verloskundige hulp en kraamzorg

Vergoeding van de (wettelijke) eigen bijdragen voor verloskundige hulp en kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering in rekening gebracht door het ziekenhuis of kraamcentrum. De aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren of dagen waarop de aanspraak op kraamzorg op grond van de IAK Zorgverzekering betrekking heeft.

6.2 Kraampakket

Levering van een door de zorgverzekeraar in overleg met verloskundigen samengesteld kraampakket. Om in aanmerking te komen voor een kraampakket dient de kraamzorg tenminste 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aangevraagd te worden bij de Klantenservice Zorg- en Inkomensverzekeringen, telefoonnummer: +31 (0)40 - 261 18 88.

6.3 Meerlingen

Bij bevalling van een meeverzekerde meerling wordt een bedrag van éénmalig € 200,- voor het tweede en volgende kind(eren) vergoed.

6.4 Kraamzorg bij adoptie

Vergoeding voor de kosten van noodzakelijke ondersteuning, advisering en het geven van instructies ten aanzien van de verzorging van en de omgang met het adoptiekind, jonger dan 3 maanden, evenals het inpassen van zorg in het dagelijkse ritme. De verzorging dient te worden verleend door een kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum. De vergoeding is gemaximeerd tot het aantal zorguren geïndiceerd door het kraamcentrum tot ten hoogste 12 uur verdeeld over ten hoogste 4 aaneengesloten dagen.

6.5 Couveuse-nazorg

Vergoeding voor de kosten van couveuse nazorg tot maximaal 12 uren, verleend door een kraamverzorgende.

6.6 Lactatiekundige zorg

Vergoeding voor de kosten van hulp en advies bij borstvoeding door een lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) tot maximaal € 200,- per bevalling.

6.7 Zelfhulpprogramma 'Slimmer Zwanger'

Vergoeding van de abonnementskosten voor het zelfhulpprogramma 'Slimmer Zwanger', eenmaal voor de gehele duur van de verzekering. Een abonnement op het 'Slimmer Zwanger' programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.

7 Groepstherapie

7.1 Groepstherapie bij kanker

Vergoeding voor de kosten van 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 in een ziekenhuis, integraal kankercentrum, instelling die voor de groepsrevalidatie 'Herstel en Balans' gecertificeerd zijn door de Stichting 'Herstel en Balans', of een instelling die aangesloten is bij de Stichting Instellingen Psychosociale Oncologie (IPSO), tot maximaal € 500,- per verzekerde per verzekeringsjaar op verwijzing van de medisch specialist.

7.2 Groepstherapie voor reumapatiënten

Vergoeding voor de kosten van groepstherapie voor leden van de reumapatiëntenvereniging onder leiding van een fysiotherapeut tot een maximum van € 150,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

8 Huidtherapie

8.1 Huidtherapie

Vergoeding voor de kosten tot een maximum van € 1.500,- per verzekerde per verzekeringsjaar voor:

- camouflagelassen en de aanschafkosten van de voor die lessen benodigde middelen;
- (laser)epilatie in het gelaat bij vrouwelijke verzekerden;
- peeling in geval van ernstige acne;
- lymfedrainage.

Het recht op vergoeding voor deze kosten bestaat indien de zorg wordt verleend door een aangewezen huidtherapeut of schoonheidsspecialist op voorschrift van een huisarts of medisch specialist.

9 Hulpmiddelen

9.1 Eigen bijdragen

Vergoeding voor de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd boven de in de IAK Zorgverzekering genoemde toepasselijke Regeling zorgverzekering te verlenen gemaximeerde vergoeding. De vergoeding van de eigen bijdragen kan gemaximeerd zijn. De vaststelling van dat maximum is ter beoordeling aan de zorgverzekeraar. Aan de vergoeding of bruikleen van hulpmiddelen kan de zorgverzekeraar voorafgaande toestemming verbinden, een en ander ter beoordeling aan de zorgverzekeraar en/of conform het bepaalde daaromtrent in het Reglement hulpmiddelen. Voor de hoogte van de vergoedingen zie IAK Vergoedingsregeling hulpmiddelen op www.iak.nl/zorg

9.2 Eenvoudige mobiliteitsbevorderende hulpmiddelen

Bruikleen of vergoeding van de kosten van aanschaf van een loophulp met drie of vier poten, looprek, rollator, serveerwagens of krukken. Bruikleen of aanschaf vindt plaats bij door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen.

9.3 Hand- of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Vergoeding van de kosten van maximaal 2 hand- of vingerspalken per kalenderjaar. De hand- of vingerspalk wordt tijdelijk ingezet als onderdeel van een behandeling om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.

Het recht op vergoeding voor deze kosten bestaat indien de zorg wordt verleend door een aangewezen zorgaanbieder op voorschrift van een huisarts of medisch specialist. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

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.

10 Lidmaatschap patiënten (belangen)vereniging

Vergoeding voor de kosten voor het lidmaatschap van een patiënten(belangen)vereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) of 'Ieder(in)'. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van het betalingsbewijs tot ten hoogste € 75,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

11 Logeerfaciliteit

Vergoeding van de overnachtingskosten van de ouders in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen en aan dat ziekenhuis verbonden gast- of logeerkamer in geval van ziekenhuisopname van een krachtens de polis verzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

12 Mantelzorg

12.1 Vervangende mantelzorg

Vergoeding voor de kosten van tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. De vervangende mantelzorg kan worden ingezet als de verzekerde mantelzorg ontvangt of als de verzekerde mantelzorger is. In een gezin met meerdere verzekerden kan deze vergoeding slechts worden verleend ten behoeve 1 verzekerde persoon.

De vervangende mantelzorg wordt verleend door de Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen in Huis". Contact kan worden opgenomen met hen via telefoonnummer 030 – 659 09 70. Handen-in-huis verzorgt tevens de aanvraag. De vergoeding is gemaximeerd tot 4 dagen per verzekerde per verzekeringsjaar.

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor meer informatie in artikel 2.4 en 2.5 van de Algemene bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden.

12.2 Mantelzorgmakelaar

Een mantelzorgmakelaar zorgt voor tijdelijke professionele ondersteuning van de mantelzorger door het overnemen van allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn, financiën etc. Door de inzet van de mantelzorgmakelaar voelt de mantelzorger zich beter en langer in staat om de zorgtaken te combineren met werk en privéleven.

De mantelzorgmakelaar kan worden ingeschakeld als de verzekerde mantelzorg ontvangt of als de verzekerde mantelzorger is. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per verzekeringsjaar. 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.

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Kijk voor meer informatie in artikel 2.4 en 2.5 van de Algemene bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden.

13 Medisch specialistische zorg/(plastische) chirurgische of reconstructieve behandelingen

Vergoeding voor de kosten van behandelingen:

- a. bij snurken (uvuloplastiek);
- b. voor correctie van bovenoogleden of oorstand;
- c. voor het operatief plaatsen of vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie;
- d. gericht op de circumcisie van de verzekerde;
- e. voor sterilisatie zowel voor man als vrouw.

Voor de behandelingen genoemd onder a. tot en met d. wordt uitsluitend vergoeding verleend indien en voor zover daarvoor een medische specifieke noodzaak bestaat en na voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar. Een en ander ter beoordeling aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

Indicatie voor correctie van bovenoogleden

Verlamde of verslakte bovenoogleden die gepaard gaan met aantoonbare beperkingen van het gezichtsveld. Hiervan is sprake als:

- de pupil enigszins bedekt wordt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u ontspannen recht vooruit kijkt, of;
- er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;

- er aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid bestaat. Voor de aanvraag/machtiging dient een foto meegestuurd te worden (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder de indicatie, goed zichtbaar is.

In het geval van specialistische behandeling en/of verpleging in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum geldt een vergoeding op grond van de met de zorgverzekeraar overeengekomen Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Recht op vergoeding bestaat eveneens voor deze hulp waarvoor de zorgverzekeraar geen overeenkomst met de hulpverlener/zorgaanbieder heeft gesloten. In dat geval geldt het wettelijk vastgestelde tarief en voor behandelingen waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld een beperkte vergoeding per Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Indien de DBC-declaratie is aangevangen in het voorgaande verzekeringsjaar, dient deze gedeclareerd te worden bij de zorgverzekeraar waar de verzekerde op het moment van aanvang van de behandeling was verzekerd.

14 Nachtelijk verblijf na oncologische behandeling

Vergoeding voor de kosten van nachtelijk verblijf tot een maximum van € 35,- per nacht per verzekerde in een aan het ziekenhuis verbonden gast- of logeershuis in aansluiting op een poliklinische behandeling door middel van bestraling c.q. behandeling met cytostatica.

15 Overgangsconsult

Vergoeding voor de kosten van voorlichting aan en advisering/behandeling van vrouwen in de overgang door een overgangsconsulente tot maximaal € 160,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

16 Pedicure voor voetbehandelingen reuma of diabetes

Vergoeding van de kosten van voetverzorging door een pedicure of podotherapeut aan een verzekerde bij wie sprake is van reuma of diabetici met de classificatie Simm's 1 binnen zorgprofiel 1.

Bijzondere voorwaarden:

1. podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of;
2. 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.

De zorgverzekeraar kan vragen om een verklaring van een arts.

17 Preventieve zorg

Een budget voor preventie dat u kunt besteden aan de volgende vormen van preventie:

17.1 Cursussen

- cursussen tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, een kraamcentrum, een verloskundige(praktijk) of verzorgd door een yogadocent die lid is van de Vereniging Yogaleerkrachten Nederland (VYN);
- 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;
- cursussen omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ-instelling;
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een erkende vereniging;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl. Onder het kopje 'NPCF' vindt u een link 'onze leden'.

17.2 Sport Medisch Advies

Behandelingen, consulten en sportkeuringen door een sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

17.3 Vaccinaties in verband met buitenlandse reizen

Vergoeding van noodzakelijke vaccinaties, consulten en/of preventieve geneesmiddelen in verband met reizen naar het buitenland ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococci)meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis door een huisarts of arts die een LCR-accreditatie en gele-koorts registratie heeft. Voor adressen zie de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (www.lcr.nl).

Vaccinaties en/of geneesmiddelen in verband met beroepsmatige reizen of beroepsmatig verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

Voor de in dit artikel genoemde preventieve zorg tezamen geldt een maximum vergoeding van € 200,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

18 Steunzolen

Vergoeding voor de kosten van steunzolen, of inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen op voorschrift van de huisarts, medisch specialist of podotherapeut tot maximaal 1 paar per verzekerde per jaar. Levering dient te geschieden door een orthopedisch(e) schoenmaker(ij) of werkplaats, of podotherapeut.

19 Stottertherapie

Vergoeding voor de kosten van stottertherapie volgens de methode Del Ferro, BOMA of Hausdörfer tot maximaal € 750,- per verzekerde, gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

20 Tandheelkundige zorg

20.1 Voor verzekerden tot 18 jaar

Vergoeding van de kosten van behandelingen door een tandarts of een door de overheid erkend centrum voor bijzondere tandheelkunde, waarbij de vergoeding voor bruggen, brugdelen en kronen maximaal € 750,- per verzekerde per jaar bedraagt. Vergoeding vindt plaats op grond van het door de NZa wettelijk vastgestelde tarief.

20.2 Orthodontische behandeling (gebitsregulatie) voor verzekerden tot 18 jaar

Vergoeding van de kosten van behandeling door een orthodontist of tandarts in verband met een orthodontische behandeling (gebitsregulatie). Indien de aangevangen orthodontische behandeling niet eindigt voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd, zal voor de voortgezette behandeling eveneens vergoeding van kosten plaatsvinden. Vergoeding vindt plaats op grond van het door de NZa wettelijk vastgestelde tarief.

20.3 Orthodontische behandeling (gebitsregulatie) voor verzekerden vanaf 18 jaar

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder bedraagt de vergoeding maximaal € 1.000,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de verzekering. Vergoeding vindt plaats op grond van het door de NZa wettelijk vastgestelde tarief.

21 Therapeutische kampen

Vergoeding voor de kosten van verblijf van de verzekerde jonger dan 18 jaar in een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen of in een therapeutisch kamp van de Diabetes Jeugdclub voor kinderen met diabetes in Nederland, tot ten hoogste € 250,- per verzekerde per verzekeringsjaar. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend na voorafgaande toestemming door de zorgverzekeraar. Het verzoek om toestemming dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of medisch specialist.

22 Zittend ziekenvervoer

Vergoeding voor:

- de kosten van zittend ziekenvervoer (taxi, eigen auto of laagste klasse van openbaar vervoer) indien en voor zover geen vergoeding (meer) bestaat krachtens de medische indicaties als genoemd in de IAK Zorgverzekering en het daarvan deel uitmakende Besluit en de Regeling zorgverzekering, een en ander ter beoordeling aan de zorgverzekeraar en na voorafgaande schriftelijke toestemming door de zorgverzekeraar; in geval van vervoer met eigen auto bedraagt de vergoeding een bij Regeling zorgverzekering te bepalen bedrag per kilometer verhoogd met € 0,10 per kilometer;
- de (wettelijke) eigen bijdrage als genoemd in de Regeling zorgverzekering van de IAK Zorgverzekering, per verzekerde per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer (taxi, eigen auto of openbaar vervoer).

Vergoeding vindt plaats indien er sprake is van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland, naar en van een ziekenhuis of de plaats waar een medisch specialist praktijk uitoefent, dan wel naar en van voorzieningen die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komen. Vervoer in verband met hulp gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling is een aanspraak op grond van de AWBZ.

Algemeen

Vergoeding wordt verleend voor de navolgende kosten van zorg of diensten voor zover hiervoor geen aanspraak (meer) bestaat krachtens de IAK Zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet of krachtens een of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekeringen, die als aanvulling op de IAK Zorgverzekering (hoofdverzekering) gesloten worden.

1 Dekking

Vergoeding van de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%. Mondhygiëne en kleine vullingen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist wanneer de verzekerde is doorverwezen door een tandarts.

De kosten van de overige behandelingen worden voor 80% vergoed.

De nota dient opgesteld te zijn volgens de tarifiering, de Wmg omschrijving en codering zoals opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

De vergoeding wordt verleend tot maximaal het op het polisblad (Zorgpolis) vermelde bedrag per verzekerde per verzekeringsjaar inclusief techniekkosten, voor de kosten van behandeling door een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist.

De vergoeding is inclusief de techniekkosten in verband met behandelingen door een tandarts of een tandprotheticus op basis van de tarieven die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap (NTG), de Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici (VLHT) en de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) aan hun leden adviseren.

2 Uitsluitingen

Uitgesloten is de vergoeding voor kosten van:

- het opvullen van aanwezige diastemen (ontbrekende elementen) die ten tijde van de aanvraag verzekering aanwezig zijn;
- het plaatsen van kronen op gebitselementen die ten tijde van de aanvraag van de verzekering waren voorzien van een wortelkanaalbehandeling, tenzij reeds een kroon op het betreffende element aanwezig was;
- behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd dan wel tandheelkundig ondoelmatig zijn;
- keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76);
- niet nagekomen afspraken;
- uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98 en E00);
- Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- orthodontie;
- abonnementen;
- een gebits- of mondbeschermer M61, tenzij op voorschrift van een arts.

Algemeen

Het recht op vergoeding van de verzekerde aanspraken op grond van de hierboven genoemde aanvullende verzekering bestaat uitsluitend indien deze aanvullende verzekering op de zorgpolis (polisblad) is aangetekend en indien en voor zover er geen aanspraak bestaat krachtens de IAK Zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet of krachtens enige aanvullende zorgverzekering. De algemene voorwaarden van de IAK Aanvullende Zorgverzekeringen zijn van toepassing.

1 Dekking

1.1 Verpleging/opneming

Verpleging/opneming van de verzekerde in een ziekenhuis in Nederland of buiten Nederland mits erkend door de buitenlandse bevoegde overheidsinstantie, die uitgaat boven het standaard of laagste tarief of verpleegklasse (faciliteit), wanneer om medische redenen verpleging, onderzoek en/of behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk moet zijn. Onder verpleging/opname wordt hier een verblijf van 24 uur of langer verstaan.

Vergoedingen:

1. Bij verpleging in een ziekenhuis wordt vergoeding verleend voor de meerkosten van verpleging die uitgaan boven de standaard of laagst geboden (klassen)verpleging tot maximaal een in Nederland gangbaar tarief, een en ander ter beoordeling aan de Zorgverzekeraar.
2. In geval van verpleging in de standaard of laagst geboden (klassen)verpleging, dan wel indien het betreffende ziekenhuis geen onderscheid in verpleging kent, vergoedt de zorgverzekeraar € 70,- per verpleegdag.
3. Indien verpleging plaats vindt in een speciaal daartoe ingerichte locatie of afdeling binnen een ziekenhuis waar verzekerde kan beschikken over extra faciliteiten, services en comfort die het ziekenhuis of instelling standaard, respectievelijk in het standaard tarief (of laagste klasse of de enig aanwezige klasse) niet pleegt te bieden, worden de door het ziekenhuis in rekening gebrachte kosten vergoed tot maximaal € 200,- per verpleegdag.

Geen vergoeding vindt plaats bij verblijf op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis of psychiatrisch ziekenhuis.

1.2 Herstellingsoorden

Vergoeding voor de kosten van verblijf in een door der zorgverzekeraar geselecteerd herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. De geselecteerde herstellingsoorden kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. De vergoeding bedraagt maximaal € 100,- per dag tot maximaal 28 dagen per verzekerde per verzekeringsjaar. De zorgverzekeraar moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Vergoeding vindt uitsluitend plaats indien er geen vergoeding (meer) plaatsvindt vanuit enige andere (aanvullende) zorgverzekering.

1.3 Taxivervoer van en naar het ziekenhuis

Vergoeding voor de kosten van taxivervoer op de eerste en laatste dag van een ziekenhuisverblijf in Nederland. Indien iemand de verzekerde bij dit vervoer begeleidt, wordt ook zijn of haar heen- of terugreis vergoed. Per ziekenhuisverblijf worden maximaal 4 taxiriten vergoed.

1.4 Huishoudelijke hulp

Vergoeding van de kosten van huishoudelijke hulp door een aangewezen zorgaanbieder tot maximaal 10 uur per opname van de persoon voor wie deze verzekering is afgesloten en medisch noodzakelijk in een ziekenhuis wordt verpleegd en de kosten van die verpleging geheel of gedeeltelijk door de zorgverzekeraar op grond van de IAK Zorgverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Onder verpleging wordt hier een verblijf van 24 uur of langer verstaan.

De vergoeding vindt niet plaats bij opname in een psychiatrische inrichting, psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, sanatorium of het Nederlandse Astmacentrum te Davos.

1.5 Kinderopvang bij opname verzekerde ouder

Vergoeding van € 20,- per kind tot en met 12 jaar, per werkdag tot een maximum van 60 werkdagen, vanaf de 4^{de} opnamedag van de persoon voor wie deze verzekering is afgesloten en medisch noodzakelijk in een ziekenhuis wordt verpleegd en de kosten van die verpleging geheel of gedeeltelijk door de zorgverzekeraar op grond van de IAK Zorgverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Onder verpleging wordt hier een verblijf van 24 uur of langer verstaan.

De vergoeding vindt niet plaats bij opname in een psychiatrische inrichting, psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, sanatorium of het Nederlandse Astmacentrum te Davos.

2 Verplichtingen verzekerde

De verzekerde dient het recht op vergoeding van de in deze aanvullende verzekering genoemde aanspraken aan te tonen door overlegging van een originele en gewaarmerkte nota waaruit de zorgverzekeraar kan opmaken tot welke vergoeding kan worden overgegaan.

easy met
IAK online
www.iak.nl/zorg

Wij zijn er voor ú



Ga naar www.iak.nl/zorg

Voor uitgebreide informatie en downloads.



Bel (040) 261 18 88

Onze medewerkers van de klantenservice staan voor u klaar.



Maak een afspraak met de adviseur

Bij veel organisaties houden onze adviseurs regelmatig spreekuur.



Bezoek de servicebalie

Op de Beukenlaan 70 en de High Tech Campus (the Strip) te Eindhoven.



IAK Verzekeringen B.V. IAK Volmacht B.V.

Postbus 90165, 5600 RV Eindhoven
Beukenlaan 70, Eindhoven
T (040) 261 19 11, F (040) 261 12 05
www.iak.nl

IAK Verzekeringen B.V. KvK: 17086794
IAK Volmacht B.V. KvK: 55688616
AFM vergunning: 12007720