



de zelf verzekeraar

Verzekeringsvoorwaarden en reglementen 2013

Aanvullende zorgverzekeringen
Ik zorg voor mijzelf

The logo for 'ik!' is located at the top center of the page. It consists of the lowercase letters 'ik!' in a white, sans-serif font, enclosed within a dark blue speech bubble shape with a white exclamation mark.A man with short brown hair and a beard, wearing a dark blue coat over a grey sweater and a white collared shirt, stands in the center of a blurred crowd at night. The background shows out-of-focus lights and people, suggesting a busy public space like a train station or airport.

Ik regel
mijn verzekeringen
graag zelf

Bij ik! kun je rekenen op uitstekende voorwaarden tegen een scherpe premie. Dankzij de digitale mogelijkheden zoals online declareren heb je alles zelf in de hand.

Bescherming Persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door ons verwerkt ten behoeve van het aangaan en 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.

In deze verzekeringsvoorwaarden lees je alles over de ik! Aanvullende Zorgverzekering. Om het vinden van de juiste informatie eenvoudiger te maken, kun je gebruik maken van de inhoudsopgave. De telefoonnummers en adressen die voor jou van belang zijn, zijn op deze pagina op een rij gezet.

Je kunt de informatie over ik! Aanvullende Zorgverzekering ook vinden op www.ik.nl.

Belangrijke telefoonnummers en adressen

Klantenservice

+31 (0)40 – 261 19 99/e-mail: zorg@ik.nl

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

Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders

Wil je weten met welke zorgaanbieders contracten zijn gesloten? Kijk voor meer informatie op www.ik.nl of bel met de klantenservice.

Ziekenvervoer

Ben je op zoek naar een Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer? Dit kun je vinden op de website of telefonisch opvragen bij de klantenservice.

Zorgadvies & bemiddeling

Wil je zorgadvies of bemiddeling?

Hiervoor kun je 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

ik! Kraamzorg

+31 (0)40 – 261 19 99 voor algemene informatie.

Voor specifieke informatie zie www.ik.nl onder jouw persoonlijke account.

Aanvragen toestemming

Je kunt jouw aanvraag voor toestemming voor een behandeling sturen naar: Postbus 90165, 5600 RV Eindhoven. In deze verzekeringsvoorwaarden kun je terugvinden in welke gevallen je toestemming nodig hebt.

Insturen nota's

Als je zelf een nota hebt ontvangen, kun je deze online indienen via jouw persoonlijke account op www.ik.nl

I	Algemeen gedeelte	3
1	Begripsomschrijvingen	3
2	Algemene bepalingen	6
3	Premie	9
4	Overige verplichtingen	9
5	Wijziging premie en voorwaarden	10
6	Ingang, duur en beëindiging	11
7	Uitsluitingen	12
8	Klachten en geschillen	12
9	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	13
10	Slotbepaling	13
II	ik! Zorg Goed	14
	<i>Dekking</i>	<i>14</i>
1	Alternatieve en bijzondere geneeswijzen	14
2	Paramedische zorg	14
3	Buitenland	15
4	Farmaceutische zorg	15
5	Hulpmiddelen	16
6	Preventieve zorg	16
7	Tandheelkundige zorg	16
III	ik! Zorg Beter	18
	<i>Dekking</i>	<i>18</i>
1	Alternatieve en bijzondere geneeswijzen	18
2	Paramedische zorg	18
3	Buitenland	19
4	Farmaceutische zorg	19
5	Hulpmiddelen	20
6	Preventieve zorg	20
7	Psychologische zorg	20
8	Tandheelkundige zorg	21

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-Genoegkundige 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 ik! Zorgverzekering en eventuele 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 Eerstelijnspsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig is geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

1.10 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.

1.11 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.

- 1.12 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, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut).
- 1.13 Geneesmiddelen**
De in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.
- 1.14 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.
- 1.15 Gezondheidszorgpsycholoog**
Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.16 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.
- 1.17 Hoofdverzekering**
De door verzekeringnemer bij de zorgverzekeraar afgesloten zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet.
- 1.18 Huisarts**
Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.
- 1.19 IAK Verzekeringen B.V.**
De gevolmachtigde agent aan wie door de zorgverzekeraar volmacht als bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend terzake van zorgverzekeringen.
- 1.20 ik! 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 Verzekeringen B.V. als gevolmachtigde agent deze verzekering aanbiedt en uitvoert.
- 1.21 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.
- 1.22 Jeugd-en kinderpsycholoog**
Degene die als jeugd- en kinderpsycholoog geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Kinder- en jeugdpsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- 1.23 Kaakchirurg**
Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.24 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.
- 1.25 Machtiging/toestemming**
Een schriftelijke toestemming die door of namens de zorgverzekeraar wordt verstrekt ten behoeve van de verzekerde voor de afname van bepaalde zorg, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
- 1.26 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).

- 1.27 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 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 1.28 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.
- 1.29 NZa**
Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
- 1.30 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).
- 1.31 Orthodontist**
Een tandartsspecialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.32 Orthopedagoog-generalist**
Degene die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
- 1.33 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.
- 1.34 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.
- 1.35 Podotherapeut**
Een podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- 1.36 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.
- 1.37 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.
- 1.38 Sportmedische instelling**
Een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).
- 1.39 Tandarts**
Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.40 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.
- 1.41 Verblijf**
Verblijf met een duur van 24 uur of langer.
- 1.42 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.
- 1.43 Verloskundige**
Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.44 Verpleegkundige**
Degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

- 1.45 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.
- 1.46 Verzekering**
Één of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven zorgverzekeringen, die als aanvulling op de ik! Zorgverzekering gesloten worden.
- 1.47 Verzekeringnemer/jij/jouw**
Degene die met de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.
- 1.48 Verzekeringsjaar**
Het (kalender)jaar waarin de verzekering volgens de op het polisblad vermelde datum is ingegaan tot 1 januari van het daaropvolgende (kalender)jaar.
- 1.49 Voorkeursleverancier/voorkeursaanbieder**
Een leverancier/zorgaanbieder waarmee/met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarmee/met wie specifieke afspraken zijn gemaakt.
- 1.50 Wet BIG**
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- 1.51 Wmg-tarieven**
Tarieven zoals vastgesteld of goedgekeurd door het NZa, volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
- 1.52 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.
- 1.53 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.
- 1.54 Zorghotel**
Een door de zorgverzekeraar als zodanig gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24 uren zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, gegarandeerd zijn.
- 1.55 Zorgverzekeraar**
De zorgverzekeraar als genoemd op het polisblad of ander bewijs van verzekering, namens wie en voor wiens risico IAK Verzekeringen B.V. als gevolmachtigde agent zoals bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) deze verzekeringen aanbiedt en uitvoert.
- 1.56 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.
- 1.57 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:

ik! Zorg Goed: hoofdstuk II;
ik! Zorg Beter: hoofdstuk III.

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

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, is hoofdstuk I 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 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. Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, is hoofdstuk I op alle aanvullende verzekeringen van toepassing.

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.ik.nl 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.ik.nl 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 Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT. Dit clausuleblad maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.ik.nl.

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.ik.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 vervalt, 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 opgaaf 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 Ik!-Zorg Goed en Ik!-Zorg Beter.

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, via automatische incasso. 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.

Kosteloze betaalmogelijkheden

De verzekeringnemer kan de zorgverzekeraar machtigen voor automatische incasso van verschuldigde bedragen. Aan deze betaalmogelijkheid zijn geen extra kosten verbonden.

3.2.2 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 € 250,- per maand. Voor bedragen boven de € 250,- wordt een acceptemail toegezonden. Als de zorgverzekeraar ervoor kiest om een acceptemail 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 premieervaldag 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 verzekeringnemer en de verzekerde kunnen in geval vergoeding wordt gevraagd van de kosten van zorg, de originele nota's indienen tot maximaal drie jaar na dagtekening. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgaanbieder. Ingediende nota's waarop uitkering wordt gedaan worden niet geretourneerd aan de verzekerde. De nota's dienen in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal ingediend te worden.

Online declareren

De verzekeringnemer/verzekerde maakt gebruik van de online declaratieservice. Informatie daarover staat op onze website www.ik.nl. 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.

Rechtstreekse betaling

De zorgverzekeraar heeft het recht om de kosten van zorg, of vergoeding waarvan de verzekerde jegens de zorgverzekeraar aanspraak kan maken op grond van een verzekering, rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder die de zorg heeft verleend. Met zodanige betaling vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.

Verrekening van kosten

Als de zorgverzekeraar meer vergoedt aan de zorgaanbieder dan waartoe hij ten opzichte van de verzekerde gehouden is of de kosten van zorg komen anderszins voor rekening van de verzekeringnemer op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, dan is de verzekerde de kosten verschuldigd aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar brengt deze kosten in rekening bij de verzekeringnemer die zich verplicht tot betaling. Door het sluiten van de verzekeringsovereenkomst verleent de verzekeringnemer hiertoe volmacht aan de zorgverzekeraar om, onverminderd de algemene verrekeningsbevoegdheid van de zorgverzekeraar, door middel van een automatische incasso, via bank/giro door of namens de zorgverzekeraar met de verzekerde te verrekenen.

4.3 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.

4.4 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) ik! 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.ik.nl.
- veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitierij, 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 klachten@ik.nl. Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website www.ik.nl. 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.ik.nl.
- 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 ik! Zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet of krachtens een of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekeringen, die als aanvulling op de ik! Zorgverzekering (hoofdverzekering) gesloten worden.

1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

1.1 Vergoeding voor de kosten van behandelingen en consulten van alternatieve zorg die vallen onder de volgende stromingen:

- a. acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen
- b. antroposofie
- c. homeopathie
- d. natuurgeneeswijzen
- e. psychosociale zorg

- De zorg als genoemd onder a tot en met d dient te worden verleend door een arts met een BIG-registratie (Wet op de individuele beroepen) of een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder;
- De zorg als genoemd onder e dient te worden verleend door een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder.

Op onze website staat een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. Je kunt deze ook telefonisch opvragen. Kijk voor meer informatie in artikel 2.4 en 2.5 van de Algemene bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden.

1.2 Vergoeding voor de middelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt en die zijn voorgeschreven door een arts, medisch specialist, kaakchirurg, tandarts of verloskundige en die zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

1.3 Vergoeding van de kosten van de onder dit artikel genoemde zorg tezamen bedraagt maximaal € 250,- per verzekerde per verzekeringsjaar. 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 € 35,- per verzekerde per dag vergoed.

2 Paramedische zorg

Vergoeding voor de kosten van paramedische zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit wordt ook wel curatieve beweegzorg, genoemd, waarbij moet worden gedacht aan de volgende therapieën:

1. fysiotherapie
2. oedeemtherapie
3. oefen therapie Cesar/Mensendieck
4. ergotherapie

Naast deze reguliere therapieën kun je ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

5. chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie, podotherapie en ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

6. Huidtherapie:

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

Het recht op vergoeding voor deze kosten bestaat indien de zorg wordt verleend door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Wie mag de zorg verlenen:

1. fysiotherapie: fysiotherapie en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderysio-

therapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);

2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. ergotherapie: ergotherapeut;
5. alternatieve bewegingstherapieën: de door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieders.

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders kun je 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.

Vergoeding vindt plaats van maximaal 9 behandelingen per verzekerde per verzekeringsjaar voor alle zorg tezamen.

Bijzonderheden:

1. verzekerden jonger dan 18 jaar:
vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
2. verzekerden van 18 jaar en ouder:
vergoeding van de kosten van de eerste 9 behandelingen als het om behandeling gaat van een aandoening die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS: de lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Vanaf de 21e behandeling heb je recht op vergoeding vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist;
3. vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;
4. vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het elfde uur. De eerste tien uur komen ten laste van de zorgverzekering;
5. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
 - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
 - (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining e.d.

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 een EU/EER-land, Zwitserland of Verdragsland voor vakantie, dienstreis of studiedoeleinden.

In geval van verblijf buiten een EU/EER-land, Zwitserland of Verdragsland vergoeden wij de kosten 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 ik! 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 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). Vergoeding van deze kosten bedraagt maximaal € 200,- per verzekerde per verzekeringsjaar. De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel, zoals een spiraaltje, worden, ongeacht de leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering. Indien je jonger bent dan 21 jaar, dan heb je recht op (vergoeding van) anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium op grond van de zorgverzekering.

5 Hulpmiddelen

5.1 Brillen/contactlenzen

Vergoeding voor de kosten van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende monturen: tezamen maximaal € 100,- eenmaal per drie verzekeringsjaren. Bij een systeem van maand/kwartaal/jaarlentzen geldt deze vergoeding per drie jaar, ongeacht het aantal lenzen. Uitgesloten zijn de kosten van zonnebrillen en gekleurde glazen/lenzen.

5.2 Steunzolen/podotherapeutische zolen

Vergoeding tot maximaal € 55,- 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.

6 Preventieve zorg

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

6.1 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 'organisatie' vind je een link 'onze leden'.

6.2 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).

6.3 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 of malaria 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.

6.4 Vergoeding

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

7 Tandheelkundige zorg

7.1 Voor verzekerden vanaf 18 jaar

Vergoeding aan verzekerden van 18 jaar en ouder voor de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus, tot maximaal € 250,- per verzekerde per verzekeringsjaar, volgens onderstaande bepalingen.

Vergoeding vindt plaats voor de kosten bij een tandarts van consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties volgens maximaal de op grond van de Wmg wettelijk vastgestelde tarieven per prestatie.

Mondhygiëne, kleine vullingen en sealing mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist als je bent doorverwezen door een tandarts.

Een mondhygiënist kan, afhankelijk van welke behandeling je krijgt, zowel mondhygiëne als parodontologische behandelingen declareren. Als een mondhygiënist parodontologische behandelingen declareert, dan krijg je een vergoeding van maximaal 75% van het wettelijk vastgestelde bedrag per prestatie, met inachtneming van de totale maximale vergoeding.

Vergoeding vindt plaats van de overige behandelingen voor maximaal 75% van het wettelijk vastgestelde bedrag per prestatie. Behandelingen van tandvleesaandoeningen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist.

Uitsluitingen

Niet vergoed worden de kosten van de volgende behandelingen:

- keuringsrapporten en niet nagekomen afspraak
- uitwendig bleken van tanden en kiezen
- Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor
- orthodontie
- abonnementen
- tandheelkundige verklaring

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 ik! Zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet of krachtens een of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekeringen, die als aanvulling op de ik! Zorgverzekering (hoofdverzekering) gesloten worden.

1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

1.1 Vergoeding voor de kosten van behandelingen en consulten van alternatieve zorg die vallen onder de volgende stromingen:

- a. acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen
- b. antroposofie
- c. homeopathie
- d. natuurgeneeswijzen
- e. psychosociale zorg

- De zorg als genoemd onder a tot en met d dient te worden verleend door een arts met een BIG-registratie (Wet op de individuele beroepen) of een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder;
- De zorg als genoemd onder e dient te worden verleend door een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder.

Op onze website vind je een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. Je kunt deze ook telefonisch opvragen. Kijk voor meer informatie in artikel 2.4 en 2.5 van de Algemene bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden.

1.2 Vergoeding voor de middelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt en die zijn voorgeschreven door een arts, medisch specialist, kaakchirurg, tandarts of verloskundige en die zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

1.3 Vergoeding van de kosten van de onder dit artikel genoemde zorg tezamen bedraagt maximaal € 350,- per verzekerde per verzekeringsjaar. 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 € 40,- per verzekerde per dag vergoed.

2 Paramedische zorg

Vergoeding van de kosten van paramedische zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit wordt ook wel curatieve beweegzorg genoemd, waarbij moet worden gedacht aan de volgende therapieën:

1. fysiotherapie
2. oedeemtherapie
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck
4. ergotherapie

Naast deze reguliere therapieën kun je ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

5. chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie, podotherapie en ontspannings- en ademhalings therapie van Dixhoorn

Wie mag de zorg verlenen:

1. fysiotherapie: fysiotherapie en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. ergotherapie: ergotherapeut;

5. alternatieve bewegingstherapieën: de door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieders. Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders kun je 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.

6. Huidtherapie:

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

Het recht op vergoeding voor deze kosten bestaat indien de zorg wordt verleend door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Vergoeding vindt plaats voor maximaal 14 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar voor alle zorg tezamen.

Bijzonderheden:

1. verzekerden jonger dan 18 jaar:
vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
2. verzekerden van 18 jaar en ouder:
vergoeding van de kosten van de eerste 16 behandelingen als het om behandeling gaat van een aandoening die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS: de lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Vanaf de 21e behandeling heb je recht op vergoeding vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist;
3. vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;
4. vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het elfde uur. De eerste tien uur komen ten laste van de zorgverzekering;
5. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
 - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
 - (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining e.d.

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 een EU/EER-land, Zwitserland of Verdragsland voor vakantie, dienstreis of studiedoeleinden.

In geval van verblijf buiten een EU/EER-land, Zwitserland of Verdragsland vergoeden wij de kosten 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 ik! 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 apotheehoudend 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). Vergoeding van deze kosten bedraagt maximaal € 200,- per verzekerde per verzekeringsjaar. De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel, zoals een spiraaltje, worden, ongeacht je leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering. Indien je jonger bent dan 21 jaar, dan heb je 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 € 250,- per verzekerde per verzekeringsjaar. Het GVS is onderdeel van de Regeling zorgverzekering.

5 Hulpmiddelen

5.1 Brillen/contactlenzen

Vergoeding voor de kosten van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte met bijbehorende monturen: tezamen maximaal € 200,- eenmaal per drie verzekeringsjaren. Bij een systeem van maand/kwartaal/jaarlentzen geldt deze vergoeding per drie jaar, ongeacht het aantal lenzen. Uitgesloten zijn de kosten van zonnebrillen en gekleurde glazen/lenzen.

5.2 Steunzolen/podotherapeutische zolen

Vergoeding tot maximaal € 55,- 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.

6 Preventieve zorg

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

6.1 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 'organisatie' vind je een link 'onze leden'.

6.2 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).

6.3 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 of malaria door een huisarts of arts die een LCR-accreditatie en gele-koorts registratie heeft. Voor adressen zie de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (www.lcr.nl).

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

6.4 Vergoeding

Voor de in dit artikel genoemde preventieve zorg tezamen geldt een maximum vergoeding van € 250,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

7 Psychologische zorg

In aanvulling op het aantal zittingen eerstelijnspsychologische zorg op grond van de ik! Zorgverzekering worden vergoed de kosten van ten hoogste 6 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,- per zitting, door een eerste-lijnspsycholoog (NIP) of een gezondheidszorgpsycholoog.

Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag deze zorg ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. De zorg kan plaatsvinden in een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders kun je 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.

8 Tandheelkundige zorg

8.1 Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar

Vergoeding aan verzekerden van 18 jaar en ouder voor de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus, tot maximaal € 300,- per verzekerde per verzekeringsjaar, volgens onderstaande bepalingen.

Vergoeding vindt plaats voor de kosten bij een tandarts van consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties volgens maximaal de op grond van de Wmg wettelijk vastgestelde tarieven per prestatie.

Mondhygiëne, kleine vullingen en sealing mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist als je bent doorverwezen door een tandarts.

Een mondhygiëniste kan, afhankelijk van welke behandeling je krijgt, zowel mondhygiëne als parodontologische behandelingen declareren. Als een mondhygiëniste parodontologische behandelingen declareert, dan krijg je een vergoeding van maximaal 75% van het wettelijk vastgestelde bedrag per prestatie, met inachtneming van de totale maximale vergoeding.

Vergoeding vindt plaats van de overige behandelingen voor maximaal 75% van het wettelijk vastgestelde bedrag per prestatie. Behandelingen van tandvleesaandoeningen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist.

Uitsluitingen

Niet vergoed worden de kosten van de volgende behandelingen:

- keuringsrapporten en niet nagekomen afspraak
- uitwendig bleken van tanden en kiezen
- Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) en de diagnostiek en nazorg hiervoor
- orthodontie
- abonnementen
- tandheelkundige verklaring

8.2 Orthodontische behandeling (gebitsregulatie) voor verzekerden tot 18 jaar

Vergoeding: 75% van het wettelijk vastgestelde bedrag per prestatie tot € 750,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering tot de 18-jarige leeftijd.

Vergoeding vindt plaats tot maximaal het wettelijk vastgestelde bedrag per prestatie. De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Niet vergoed worden de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.



de zelf verzekeraar

ik! helpt
je graag

Ga naar ik.nl

Voor uitgebreide informatie
en downloads

Stuur een e-mail

Heb je een vraag? Stuur een
e-mail naar zorg@ik.nl

Of regel het zelf op **ik.nl**