

Verzekerings- voorwaarden 2014

IZA Classic Comfort

IZA GezondSamenPolis

Goed voor elkaar



iza

Welkom bij IZA

In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw aanvullende verzekering van IZA GezondSamenPolis. In de tekstblokken vindt u een nadere uitleg over de voorwaarden. Wilt u meer weten? Ga dan naar www.izagezondsamen.nl.

Met vriendelijke groeten,
IZA Zorgverzekeraar

Belangrijke adressen

Aanvragen toestemming: U stuurt uw aanvraag voor toestemming voor een behandeling naar:
IZA Zorgverzekeraar
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven
In welke gevallen u toestemming nodig hebt, vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden.

Insturen nota's: Wilt u uw declaraties gemakkelijk online indienen?
Ga naar www.izagezondsamen.nl/declareren en dien uw nota's in.
Of stuur de originele nota met een declaratieformulier naar:
IZA Zorgverzekeraar
Postbus 25030
5600 RS Eindhoven

Kijk voor alle contactgegevens op www.izagezondsamen.nl/klantenservice.

Actueel nieuws

Op de hoogte blijven van de ontwikkelingen over de zorg, gezondheid en uw zorgverzekering?
Meld u aan voor de IZA e-mailnieuwsbrief op www.izagezondsamen.nl.

Mijn IZA

In Mijn IZA kunt u onder andere uw zorgpolis wijzigen, uw declaraties inzien, de stand van uw eigen risico bekijken en uw premie berekenen. Log in met uw DigiD op www.izagezondsamen.nl/mijniza en ontdek de mogelijkheden!

Inhoud

IZA Classic Comfort 2014

I. Algemeen gedeelte	5
Artikel 1 Algemene bepalingen	5
Artikel 2 Acceptatie	7
Artikel 3 Premie	7
Artikel 4 Overige verplichtingen	8
Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden	9
Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de IZA Classic Comfort	9
Artikel 7 Uitsluitingen	10
Artikel 8 Klachten en geschillen	10
II. IZA Classic Comfort	11
Orthodontie	11
Artikel 9 Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	11
Tandheelkundige zorg	11
Artikel 10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	11
Artikel 11 Kunstgebitten voor verzekerden van 18 jaar en ouder	12
Artikel 12 Kronen en bruggen	13
Artikel 13 Implantaten in de niet-tandeloze kaak	13
Paramedische zorg	14
Artikel 14 Fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	14
Artikel 15 Ergotherapie	14
Artikel 16 Groepszwemmen voor reumapatiënten	15
Artikel 17 Hulp door een podotherapeut of pedicure	15
Artikel 18 Hulp door een diëtist	15
Artikel 19 Zorg voor vrouwen in de overgang	15
Huidbehandelingen	15
Artikel 20 Camouflagetherapie	15
Artikel 21 Ontharing	16
Geneeskundige zorg en geestelijke geneeskundige zorg	16
Artikel 22 Reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie	16
Artikel 23 Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie	16
Artikel 24 Circumcisie	16
Artikel 25 Hulp aan oncologiepatiënten	16
Artikel 26 Seksuologische zorg	16
Verblijf in een instelling	17
Artikel 27 Verblijf van de patiënt in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed	17
Artikel 28 Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel	17
Artikel 29 Verblijf in een hospice voor terminale patiënten	17
Artikel 30 Verblijf in een logeerkamer	17
Hulpmiddelen	17
Artikel 31 Brillen en contactlenzen	17
Artikel 32 Steunzolen en therapiezolen	18
Artikel 33 Steun-/compressiekousen	18
Artikel 34 Steunpessarium	18
Artikel 35 Hoortoestellen en pruiken	18

Alternatieve geneeswijzen	18
Artikel 36 Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg	18
Artikel 37 Homeopathische en antroposofische (genees)middelen	19
Artikel 38 Behandeling in een kuuroord	19
Geneesmiddelen en vitamines	19
Artikel 39 Geneesmiddelen	19
Artikel 40 Vitamines	19
Preventieve zorg	19
Artikel 41 Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar	19
Artikel 42 Mantelzorgmakelaar	20
Artikel 43 Vervangende mantelzorg	20
Artikel 44 Sportgeneeskundige hulp	20
Artikel 45 Preventieve cursussen voor gezondheidsbevordering en -opvoeding	20
Artikel 46 Gezondheidstest	21
Artikel 47 Vaccinaties in verband met reizen naar het buitenland	21
Buitenland	21
Artikel 48 Spoedeisende en niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland	21
Artikel 49 Repatriëring	22
III. Begripsomschrijvingen	23

IZA Classic Comfort 2014

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1 Algemene bepalingen

1.1. Grondslag van de verzekering

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

Na het sluiten van de IZA Classic Comfort, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

1.2. Bedenkperiode

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

1.3. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsovereenkomsten maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de aanvullende verzekering IZA Classic Comfort. In de artikelen 1 t/m 8 worden de algemene voorwaarden vermeld. In de artikelen 9 t/m 49 wordt voor de IZA Classic Comfort de (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken beschreven.

1.4. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsovereenkomsten als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence-Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.5. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de IZA Classic Comfort plaatsvindt. Als een behandeling in 2 kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor 1 bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), wor-

den deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de IZA Classic Comfort.

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

1.6. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Uw persoonsgegevens gebruiken wij:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst;
- voor het beheren van de 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 (het voorkomen en bestrijden van fraude).

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op onze website of telefonisch opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist, www.stichtingcis.nl.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering(en) mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de aanvullende verzekering(en) te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken. Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw aanvullende verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor

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

1.7. Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

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

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

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

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw aanvullende verzekering(en) kan/kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

1.8. Mededelingen

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

E-mail

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

1.9. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts en fysiotherapeut. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaar-

den niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

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

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

De door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders vindt u in de zorggids op onze website. U kunt ons bellen voor meer informatie over de gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders. U vindt ons telefoonnummer op onze website. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel.

1.10. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven.

Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Als u gebruikmaakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief. Gaat u naar een door ons niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet-erkende zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen.

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

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

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden

uitbetaald.

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol Afwickelen claims. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van) de schade krijgt vergoed.

1.12. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van 1 maand. Het lidmaatschap eindigt op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

1.13. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 2 Acceptatie

2.1. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

U kunt de IZA Classic Comfort alleen sluiten als u hiervoor op grond van de collectieve overeenkomst in aanmerking komt.

2.2. Medische selectie

Voor de IZA Classic Comfort geldt geen medische en/of tandheelkundige selectie.

2.3. Gezinsdekking

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

Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen het hoogst verzekerde pakket van de verzekerde ouder(s)/verzorger(s) op de zorgpolis.

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

2.4. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt de IZA Classic Comfort wijzigen in een IZA Extra Zorg en/of IZA Extra Tand. Hierbij is het bepaalde onder 2.3 van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De omzetting gaat in op 1 januari van het volgend kalenderjaar.

Voor vergoedingen en vergoedingstermijnen geldt bij wijziging van aanvullende verzekering het volgende. Voor zorg en/of diensten waarvoor een vergoedingstermijn van meer dan 1 kalenderjaar geldt, gaat een in de oude aanvullende verzekering aangevangen termijn mee naar de nieuwe aanvullende verzekering. Vergoedingen toegekend op grond van oude aanvullende verzekeringen tellen mee voor het bereiken van de maximale vergoeding van de nieuwe aanvullende verzekering.

Artikel 3 Premie

3.1. Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is de premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

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

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

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

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingkorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

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

Kosteloze betaalmogelijkheden

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

- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via MijnIZA gratis een digitale nota te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.
- c. Uw werkgever houdt de premie op uw salaris in en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling van uw premie per papieren acceptgiro

Als u geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, dan ontvangt u hiervoor een papieren acceptgiro. U betaalt dan per acceptgiro € 0,50 voor alle kosten die gemaakt worden voor het in stand houden, vervaardigen, aanbieden en verwerken van een acceptgiro. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u per papieren acceptgiro € 0,50.

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

3.4. Verrekening

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

3.5. Niet-tijdig betalen

3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen.

In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgende op de dag waarop wij het gehele verschuldigde bedrag en eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling de IZA Classic Comfort te beëindigen. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de IZA Classic Comfort weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat

de IZA Classic Comfort in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.

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

3.5.3. Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij u bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

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

3.5.5. Als wij de IZA Classic Comfort wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4 Overige verplichtingen

4.1. Verplichtingen

U bent verplicht:

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

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

4.2. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de

historical rates van de XE Currency Converter. U vindt deze op www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

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

Uw kosten online declareren

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

Sommige nota's waaronder buitenlandse nota's kunt u niet online declareren. Deze originele nota's moet u samen met een declaratieformulier naar ons opsturen. Wij raden u aan een kopie te maken voor uw eigen administratie. Maak voor de verzending gebruik van de retourenvelop. Hebt u geen retourenvelop ontvangen? Stuur uw declaratie dan naar het adres dat u voor in deze voorwaarden vindt.

Artikel 5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de verzekeringsvoorwaarden en premie van de IZA Classic Comfort op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

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

Artikel 6 Begin, duur en beëindiging van de IZA Classic Comfort

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in per ingangsdatum van de zorgverzekering van IZA GezondSamenPolis, per datum waarop u deel kunt nemen aan de collectieve overeenkomst of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons een zorgverzekering aanvraagt, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende

verzekeringen. Als de aanvullende verzekering(en) niet moet(en) worden opgezegd, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

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

6.2. Einde van rechtswege

De IZA Classic Comfort eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- 6.2.1.** IZA door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- 6.2.2.** de verzekerde overlijdt;
- 6.2.3.** de verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet van de verzekerde eindigt;
- 6.2.4.** de verzekerde geen deel meer uitmaakt van het gezin van de verzekeringnemer. Vanaf deze dag bieden wij u een passende individuele aanvullende verzekering aan;
- 6.2.5.** IZA stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde IZA Classic Comfort. Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

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

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

6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.3.1. Jaarlijks

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

6.3.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de IZA Classic Comfort tussentijds schriftelijk opzeggen:

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

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

Wij kunnen de IZA Classic Comfort schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 1.7);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de IZA Classic Comfort opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen.

Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7 Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van kosten van zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering, al dan niet van oudere datum, als de verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U vindt het convenant op onze website;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de wet op het financieel toezicht;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij wij vooraf toestemming hebben verleend.

Artikel 8 Klachten en geschillen

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

8.1.1. U kunt er van uitgaan dat wij alles rond uw IZA Classic Comfort goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig). De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

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

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

8.2. Klachten over onze formulieren

8.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Antwoordnummer 9292, 5600 VM Eindhoven (een postzegel is niet nodig).

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

II. IZA Classic Comfort

Orthodontie

Artikel 9 Orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Indicatie

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

Door

Orthodontist of tandarts.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming voor indicatie 1 en 2 van ons nodig.

Vergoeding

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

Overige orthodontische behandelingen: 80% van de kosten tot maximaal € 300 voor de hele looptijd van de verzekering

Niet vergoed worden

De kosten door onzorgvuldig gebruik van orthodontische apparatuur.

Tandheelkundige zorg

Prestatiebeschrijvingen tandheeskunde

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering van de tarievenlijsten tandheelkundige zorg en orthodontische zorg. Deze tarievenlijsten met maximumtarieven worden voor 2014 vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Artikel 10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Door

Tandarts, mondhygiënist, orthodontist of kaakchirurg. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties

(trekken van kiezen). De mondhygiënist mag de zorg verlenen als die behoort tot zijn deskundigheidsgebied.

10.1. Algemene mondzorg

Omschrijving

Onder algemene mondzorg verstaan wij:

- consultatie en diagnostiek (C-codes);
- maken en beoordelen röntgenfoto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- verdoving (A en B-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- chirurgie (H-codes);
- second opinion TIP (U20).

Vergoeding

80% van de kosten.

Niet vergoed worden

- Studiemodellen (C29).
- Inwendig en uitwendig bleken (E90, E95, E97, E98).
- Keuringsrapporten.
- Behandeling onder algehele narcose (C84, A20).
- Indirecte pulpa-overkapping van het tandweefsel (V60).
- Sealen en polijsten (V30, V35, V40).
- Kosten van niet-nagekomen afspraken.

Bijzonderheden

1. Voor röntgenfoto's (X10) geldt een maximum van 6 foto's per kalenderjaar, voor het vaststellen van het kalenderjaar is de datum van behandeling bepalend.
2. Voor overige röntgenfoto's van het gebit of de kaak (X21, X22, X24, X25) geldt dat er per 2 kalenderjaren* slechts 1 röntgenfoto wordt vergoed.
3. Eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032) worden ook vergoed.

10.2. Preventieve mondzorg (M-codes)

Vergoeding

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

Niet vergoed wordt

Mondbeschermer (M61).

10.3. Tandvleesbehandelingen (T-codes)

Vergoeding

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

* De hier bedoelde periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van – al dan niet voorlopige – plaatsing.

Niet vergoed worden

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

10.4. Kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes)**Vergoeding**

IZA Classic Comfort	
Onderstaande prestatiecodes worden vergoed	Vergoeding tot maximaal
Uitgebreid functieonderzoek G01	€ 96
Gedocumenteerde verwijzing G03	€ 43
Occlusale spalk G62	€ 194
Repositiespalk G63	€ 245
Controlebezoek spalk G64	€ 19
Indirect planmatig inslijpen G65	€ 210
Opbeetplaat G69	€ 99

Artikel 11 Kunstgebitten voor verzekerden van 18 jaar en ouder**Maximumaantal kunstgebitten**

Voor vergoeding van een kunstgebit door tandarts en/of tandprotheticus samen geldt een maximum van 2 kunstgebitten per 5 aaneengesloten kalenderjaren*.

11.1. Volledige kunstgebitten**Door**

Tandarts of tandprotheticus.

Vergoeding

Vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor het volledige kunstgebit in boven- en/of onderkaak en/of de boven en/of onderprothese in de tandeloze kaak: 20% van de eigen bijdrage uit de zorgverzekering.

11.2.1. Gedeeltelijke kunstgebitten (P-codes)**Door**

Tandarts.

Vergoeding

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

Bijzonderheden

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

* De hier bedoelde periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/-jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van – al dan niet voorlopige – plaatsing.

11.2.2. Gedeeltelijke kunstgebitten

Door

Tandprotheticus.

Vergoeding

IZA Classic Comfort	
	Vergoeding tot maximaal
Gedeeltelijk kunstgebit van kunst-hars 1-4 element	€ 120
Gedeeltelijk kunstgebit van kunst-hars 5-13 element	€ 220
Frame (kunstgebit met metaalbasis) 1-4 element	€ 400
Frame (kunstgebit met metaalbasis) 5-13 element	€ 500
Rebasen	€ 95
Revisie van elementen	€ 75
Reparatie kunstgebit (breuk, scheur, vastzetten elementen)	€ 35

Bijzonderheden

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

Artikel 12 Kronen en bruggen

Door

Tandarts of kaakchirurg.

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

Vergoeding

IZA Classic Comfort	
	Vergoeding tot maximaal
Onderstaande prestatiecodes worden vergoed	
Tweevlaksinlay R12	€ 175
Drievlaksinlay R13	€ 235
Kroon R24	€ 280
Eerste brugtussendeel R40	€ 205
Tweede en volgende steunpunt in hetzelfde tussendeel R45	€ 95

Bijzonderheden

Per 3 aaneengesloten kalenderjaren (*) worden bij plaatsing van inlays, kronen en/of brugtussendelen maximaal 6 elementen vergoed.

12.2. Restauraties diversen (R-codes)

Vergoeding

IZA Classic Comfort	
	Vergoeding tot maximaal
Onderstaande prestatiecodes worden vergoed	
Roestvrijstalen of kunstharsconfectiekroon R29	€ 39
Opbouw van plastisch materiaal R31	€ 24
Gegoten opbouw indirecte methode R32	€ 110
Gegoten opbouw directe methode R33	€ 115
Brugverankering R46	€ 39
Plakbrug zonder preparatie R60	€ 245
Plakbrug met preparatie R61	€ 285
Toeslag volgende steunpunt R65	€ 145
Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van 2 bevestigingen R66	€ 32
Toeslag voor kroon onder bestaand frame-anker R70	€ 46
Vernieuwen porselein schildje R71	€ 106
Vernieuwen schildje plastisch materiaal R72	€ 26
Opnieuw vastzetten niet plastische restauraties R74	€ 26
Opnieuw vastzetten plakbrug R75	€ 42
Toeslag voor gegoten opbouw onder bestaande kroon R76	€ 20
Moeizaam verwijderen van oud kroon- en brugwerk per (pijler) element R77	€ 21
Schildje zonder preparatie R78	€ 170
Schildje met preparatie R79	€ 200

Artikel 13 Implantaten in de niet-tandeloze kaak

Door

Tandarts of kaakchirurg.

Omschrijving

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

Vergoeding

Maximaal € 850 per 3 aaneengesloten kalenderjaren.*

* De hier bedoelde periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/-jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van – al dan niet voorlopige – plaatsing.

Paramedische zorg

Artikel 14 Fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Door

- Fysiotherapeut bij individuele fysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie en fysiotherapie in groepsverband.
- Geriatrisch fysiotherapeut bij geriatrische fysiotherapie.
- Manueel therapeut bij manuele therapie.
- Oedeemtherapeut of huidtherapeut bij lymfoedeemtherapie.
- Bekkenfysiotherapeut bij bekkenfysiotherapie.
- Oefentherapeut bij individuele oefentherapie (Cesar/Mensendieck) en oefentherapie in groepsverband.

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

Waar mag de zorg worden verleend

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

Vergoeding

De maximale vergoeding per behandeling is afhankelijk van de behandeling. De maximale bedragen per behandeling staan in de tabel 'Maximum per behandeling' weergegeven.

Vergoeding

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

Overige aandoeningen: maximaal 14 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

Vergoeding

IZA Classic Comfort	
Behandeling	Maximum per behandeling
Individuele fysiotherapie en individuele oefentherapie	€ 28,91
Fysiotherapie in een groep van 2 t/m 4 personen	€ 28,91
Fysiotherapie in een groep van 5 t/m 10 personen	€ 16,31
Lang consult fysiotherapie	€ 41,60
Oefentherapie met 2 personen	€ 28,91
Oefentherapie met 3 personen	€ 26,06

Oefentherapie met 4 personen	€ 20,54
Oefentherapie in een groep van 5 t/m 10 personen	€ 16,31
Geriatrische en psychosomatische fysiotherapie	€ 42,45
Manuele therapie	€ 39
Bekkenfysiotherapie	€ 43,15
Lymfoedeemtherapie	€ 43,15
Toeslag uitbehandeling	€ 13
Inrichtingstoeslag	€ 6

Bijzonderheden

1. Bij meerdere vormen van fysiotherapie die naast elkaar worden verleend voor dezelfde aandoening wordt slechts vergoeding verleend voor 1 vorm.
2. Een eenmalig (oefen)fysiotherapeutisch onderzoek wordt vergoed op basis van 2 behandelingen individuele oefen- of fysiotherapie en verstrekte hulpmiddelen worden eenmaal per kalenderjaar vergoed tot maximaal € 26.
3. Onder manueel therapeuten worden ook gerekend de Egg Shell@therapeuten die werken volgens de methode Van der Bijl.

Niet vergoed worden

Fitness (al dan niet medisch van aard), conditietraining, preventieve training of revalidatie-/reconditioneringstraining, zelfs als dit onder fysiotherapeutische begeleiding plaatsvindt en arbocuratieve- of reïntegratietrajecten.

Artikel 15 Ergotherapie

Omschrijving

Zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 10 behandeluren per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de IZA Classic Comfort is een aanvulling daarop.

Door

Ergotherapeut.

Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis.

Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

Maximaal 4 uur per kalenderjaar.

Artikel 16 Groepszwemmen voor reumapatiënten

Door
Fysiotherapeut.

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

Vergoeding
Volledig.

Verwijzing door
Medisch specialist.

Artikel 17 Hulp door een podotherapeut of pedicure

Door
Podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVvP) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of pedicure met aantekening 'reumatische voet' of medisch pedicure, die is geregistreerd in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

Vergoeding
Maximaal € 115 per kalenderjaar.

- Bijzonderheden**
1. De vergoeding is inclusief de door de podotherapeut voorgeschreven hulpmiddelen, met uitzondering van steunzolen. Steunzolen worden vergoed op basis van artikel 32.
 2. De kosten van een pedicure worden alleen vergoed bij behandeling van en reumapatiënten.

Artikel 18 Hulp door een diëtist

Indicatie
Algemeen door de beroepsgroep van diëtisten aanvaarde indicaties.

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

Vergoeding
Maximaal 2 uur per kalenderjaar.

Bijzonderheden
Hebt u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of een verhoogd cardiovasculair risico en ontvangt u hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12 van de IZA GezondSamenPolis Restitutie of de IZA GezondSamenPolis Natura? Dan wordt de dieetadvisering voor deze en gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd en hebt u geen recht op de vergoeding uit dit artikel.

Artikel 19 Zorg voor vrouwen in de overgang

Omschrijving
Vergoeding voor consulten bij een overgangsconsulent.

Door
Overgangsconsulente van Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulente op verwijzing van huisarts of medisch specialist.

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

Huidbehandelingen

Artikel 20 Camouflagetherapie

Door
Een door ons aangewezen zorgaanbieder. De aangewezen zorgaanbieders zijn opgenomen in onze zorggids. U vindt de zorggids op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet is opgenomen in onze zorggids? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Indicatie
Zichtbare aandoeningen die niet operatief kunnen worden verwijderd.

Vergoeding
Maximaal € 165 per 3 kalenderjaren.*

Bijzonderheden
De vergoeding is inclusief camouflagemiddelen.

* De hier bedoelde periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van – al dan niet voorlopige – plaatsing.

Artikel 21 Ontharing

Door

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

Vergoeding

Maximaal € 445 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

Vergoeding wordt alleen verleend bij extreme beharing in het gezicht van een vrouw.

Geneeskundige zorg en geestelijke geneeskundige zorg

Artikel 22 Reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie

Door

Medisch specialist.

Omschrijving

Vormverbeterende ingreep:

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

Indicatie

1. Correctie van de bovenoogleden als de onderrand van het bovenooglid bij ontspannen recht vooruit kijken 1 mm boven het centrum van de pupil of lager hangt.
2. Het operatief plaatsen of het operatief vervangen van een borstprothese anders dan bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.
3. Het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.
4. Buikwandcorrectie indien sprake is van een overhangende buikhuidplooi waarbij de diepte van de plooi – aan de binnenzijde gemeten – 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aannemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte ($BMI \leq 30$).

Vergoeding

Volledig.

Toestemming

U hebt vooraf toestemming van ons nodig. Bij de aanvraag moet u een medische verklaring en een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen over de aard en omvang van de afwijking en de toe te passen behandeling.

Voor het aanvragen van toestemming voor de correctie van bovenoogleden, vragen wij u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder indicatie, goed zichtbaar is.

Bijzonderheden

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

Artikel 23 Sterilisatie en hersteloperatie van sterilisatie

Door

Medisch specialist.

Vergoeding

100% van de kosten.

Artikel 24 Circumcisie

Door

Huisarts of medisch specialist.

Omschrijving

Medisch noodzakelijke besnijdenis van de man.

Vergoeding

Maximaal € 600.

Artikel 25 Hulp aan oncologiepatiënten

Door

Herstel en Balans® of therapeutisch centrum dat is aangesloten bij de federatie IPSO-Concentris.

Vergoeding

Maximaal € 445 per kalenderjaar.

Artikel 26 Seksuologische zorg

Omschrijving

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

Wie mag de zorg leveren

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

Verwijsbrief van

Huisarts, bedrijfsarts.

Vergoeding

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

Bijzonderheden

Een zitting duurt minimaal 60 minuten.

Verblijf in een instelling**Artikel 27 Verblijf van de patiënt in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed****Vergoeding**

Volledig.

Artikel 28 Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel**Omschrijving**

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

Door

- Voor zorg als vermeld bij omschrijving onder 1 een herstellingsoord of zorghotel dat door ons is gecontracteerd. De gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels zijn opgenomen in onze zorggids. U vindt de zorggids op onze website.
- Voor zorg als vermeld bij omschrijving onder 2 Stichting de Zonnebloem of het Rode Kruis.

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

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

Vergoeding

75% van de kosten voor maximaal 6 weken.

Artikel 29 Verblijf in een hospice voor terminale patiënten**Door**

Een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis.

Op www.agora.nl/ZorgKiezen vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Vergoeding

Maximaal € 130 per dag.

Artikel 30 Verblijf in een logeerhuis**Omschrijving**

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

Vergoeding

Maximaal € 18 per dag.

Bijzonderheden

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

Hulpmiddelen**Artikel 31 Brillen en contactlenzen****Omschrijving**

1. Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van brillenglazen en contactlenzen met een sterkte vanaf 0,25D, inclusief bijbehorende brilmonturen en de kosten van aanmeting.
2. Een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserverhandeling of lensimplantatie. Deze tegemoetkoming geldt ook voor de kosten die zijn gemaakt voor een cataractoperatie (staaroperatie) waarbij een multifocale lens is geplaatst. Het gaat om het verschil in de kosten tussen een multifocale lens en een monofocale lens dat vanuit de zorgverzekering niet wordt vergoed.

Vergoeding

Per periode van 2 aaneengesloten kalenderjaren* maximaal € 186.

Bijzonderheden

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

Artikel 32 Steunzolen en therapiezolen

Omschrijving

Inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen.

Door

Podotherapeut, podoposturaaltherapeut die is ingeschreven in het register podoposturaaltherapeuten bij Stichting Loop, orthopedisch schoenmaker en orthopedische werkplaats.

Vergoeding

Maximaal € 190 per kalenderjaar.

Artikel 33 Steun-/compressiekousen

Omschrijving

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

Vergoeding

Maximaal 4 paar per kalenderjaar.

Bijzonderheden

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

Artikel 34 Steunpessarium

Vergoeding

Volledig.

Bijzonderheden

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

Artikel 35 Hoortoestellen en pruiken

Omschrijving

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

Vergoeding

Hoortoestel: maximaal € 200.

Pruik: maximaal € 100.

Bijzonderheden

De vergoeding wordt uitsluitend verleend per hoortoestel en/of pruik welke vergoed of verstrekt is op grond van de zorgverzekering.

Alternatieve geneeswijzen

Artikel 36 Alternatieve geneeswijzen en bewegezorg

Door

1. Arts niet zijnde huisarts, medisch specialist of sportarts.
2. Acupuncturist.
3. Klassiek homeopaat.
4. Therapeut van wie de behandelingen en consulten vallen onder de volgende stromingen:
 - acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen
 - antroposofische alternatieve geneeswijzen
 - homeopathie
 - natuurgeneeswijzen
 - psychosociale zorg
 - alternatieve bewegezorg

De acupuncturist, klassiek homeopaat, chiropractor, osteopaat en therapeut moeten opgenomen zijn in onze zorggids. U vindt de zorggids op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet is opgenomen in onze zorggids? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

IZA Classic Comfort	
Alternatieve geneeswijzen en bewegezorg. Voor chiropractie en osteopathie gelden aparte budgetten.	Maximaal € 29 per consult tot in totaal € 290 per kalenderjaar voor alle kosten van de onder 1 t/m 4 genoemde behandelingen
Chiropractie	Maximaal € 29 per consult tot in totaal € 290 per kalenderjaar
Osteopathie	Maximaal € 29 per consult tot in totaal € 290 per kalenderjaar

Bijzonderheden

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

* De hier bedoelde periode omvat het kalenderjaar waarin de datum van behandeling/aanschaf ligt en het/de hieraan voorafgaande kalenderjaar/jaren. Bij tandheelkundige voorzieningen geldt als behandeldatum het moment van – al dan niet voorlopige – plaatsing.

Artikel 37 Homeopathische en antroposofische (genees)middelen

Omschrijving

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

Wilt u weten of een middel wordt vergoed?

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

Vergoeding

Maximaal € 260 per kalenderjaar.

Voorschrift

Vergoeding wordt alleen verleend als de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een arts of klassiek homeopaat bedoeld in artikel 36.

Bijzonderheden

Geneesmiddelen moeten worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Artikel 38 Behandeling in een kuuroord

Door

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

Indicatie

De ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of artritis psoriatica.

Vergoeding

Maximaal € 885 per kalenderjaar.

Toestemming

U hebt voorafgaande aan de behandeling toestemming van ons nodig.

Niet vergoed worden

De kosten van uw verblijf in het kuuroord.

Geneesmiddelen en vitamines

Artikel 39 Geneesmiddelen

Omschrijving

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

Door

Apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Vergoeding

Maximaal € 200 per kalenderjaar.

Artikel 40 Vitamines

Omschrijving

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

Geleverd door

Apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Voorschrift

Behandelend arts.

Vergoeding

Volledig.

Preventieve zorg

Artikel 41 Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar

Omschrijving

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

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

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

Geleverd door

Apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Recept (voorschrift)

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

Vergoeding

Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in de Regeling zorgverzekering en in het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS).

Artikel 42 Mantelzorgmakelaar

Omschrijving

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

Wie mag de zorg verlenen

Voor vragen over mantelzorg kunt u contact opnemen met Zorgadvies en bemiddeling, telefoonnummer 088 – 131 16 13. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een door ons gecontracteerde mantelzorgmakelaar.

Gaat u zonder verwijzing van Zorgadvies en bemiddeling naar een mantelzorgmakelaar? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Maximaal € 750 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

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

Artikel 43 Vervangende mantelzorg

Door

Voor vervangende mantelzorg kunt u terecht bij een door ons hiervoor gecontracteerde zorgaanbieder. De zorggids met de door ons gecontracteerde zorgaanbieders staat op onze website.

Omschrijving

Tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt deze zorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of als u mantelzorger bent. De gecontracteerde zorgaanbieder bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag. De vervangende mantelzorg kan aangevraagd worden voor een minimum van 3 dagen.

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

Eerste aanvraag

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

Vergoeding

Maximaal 21 dagen per kalenderjaar.

Artikel 44 Sportgeneeskundige hulp

Door

Sportarts verbonden aan een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI).

Vergoeding

Maximaal € 75 per kalenderjaar.

Artikel 45 Preventieve cursussen voor gezondheidsbevordering en -opvoeding

Door

Thuiszorgorganisatie, GGD, Riagg, Oranje Kruis of patiëntenvereniging aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

Omschrijving

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

Vergoeding

Maximaal € 75 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

De vergoeding wordt ook verleend voor een cursus Stoppen met Roken van Allen Carr, het Rook-Stop-Plan van Mediq of georganiseerd door de GGD.

Artikel 46 Gezondheidstest

Omschrijving

Naar keuze een basis of een uitgebreide gezondheidstest. De basis gezondheidstest omvat de volgende onderzoeken:

- meten van de hartslag, bloeddruk, buikomvang en vetpercentage;
- vaststellen gewicht en BMI;
- beperkte inspanningstest om uw conditie te bepalen;
- bloedonderzoek: bloedsuiker, totaal cholesterol, cholesterol-HDL, kreatinine, gamma gt, hemoglobine, hematocriet;
- urineonderzoek: eiwit, glucose.

De uitgebreide gezondheidstest omvat naast de onderzoeken van de basis gezondheidstest een longfunctietest en een ECG.

Door

Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. U vindt de zorggids op onze website.

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

Vergoeding

Per 2 kalenderjaren* eenmaal de basis gezondheidstest of eenmaal de uitgebreide gezondheidstest.

Eigen bijdrage

- € 25 eigen bijdrage voor de basis gezondheidstest.
- € 50 eigen bijdrage voor de uitgebreide gezondheidstest.

Niet vergoed worden

De kosten als de gezondheidstest onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO).

Bijzonderheden

U betaalt de eigen bijdrage aan ons.

Artikel 47 Vaccinaties in verband met reizen naar het buitenland

Door

GGD, huisarts, Travel Health Clinic of arts met een LCR-accreditatie en gele koortsregistratie (u kunt op de website van LCR zien of uw arts een LCR-accreditatie en gele koortsregistratie heeft).

Vergoeding

80% van de kosten tot maximaal € 175 per kalenderjaar.

Bijzonderheden

- Bij de vergoeding zijn de kosten voor eventuele malaria-tabletten inbegrepen.
- De vergoeding wordt ook verleend voor preventieve middelen die door de apotheek of apotheekhoudende huisarts zijn geleverd.

Buitenland

Artikel 48 Spoedeisende en niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland

48.1. Spoedeisende zorg, dat wil zeggen onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland

48.1.1. Werelddekking

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

48.1.2. Verzekerde risico's

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

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

48.1.3. Risicodekking

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

48.1.4. Uitbetaling

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

Bijzonderheden

1. Bij opname in een ziekenhuis en/of langdurige medische behandeling is het noodzakelijk onze Alarmcentrale in te schakelen. Telefoonnummer: +31 40 297 55 60 (+ = internationaal toegangsnummer). Zonder inschakeling van onze Alarmcentrale wordt de vergoeding van de kosten berekend op basis van tarieven die zouden hebben gegolden als de behandeling/aanschaf in Nederland had plaatsgevonden;
2. Kosten van repatriëring worden vergoed volgens artikel 49.

48.2. Niet-spoedeisende zorg

48.2.1. Werelddekking

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

48.2.2. Verzekerde risico's

Vergoed worden de kosten die zijn opgenomen in de IZA Classic Comfort waarvoor de verzekerde verzekerd is, gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Niet vergoed worden de kosten:

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

48.2.3. Risicodekking

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

48.2.4. Uitbetaling

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

Artikel 49 Repatriëring

Omschrijving

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

Door

IZA Alarmcentrale. Telefoonnummer: +31 40 297 55 60 (+ = internationaal toegangsnummer).

Wordt de repatriëring niet verzorgd door de IZA Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Volledig.

Bijzonderheden

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

III. Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven IZA Classic Comfort. U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een zorgverzekering van IZA GezondSamenPolis sluiten, maar u bent dat niet verplicht.

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1967, 617).

AWBZ-instelling: een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Collectieve overeenkomst: de Overeenkomst collectieve zorgverzekering gesloten tussen IZA Zorgverzekeraar en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), het Interprovinciaal Overleg (IPO) en de Unie van Waterschappen met als doel de personen die in de overeenkomst worden aange-merkt als 'Potentiële Verzekerden' de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering van IZA GezondSamenPolis en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

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

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

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instellingen: instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Instelling:

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

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

Mondhygiënist: een in Nederland gevestigde mondhygiënist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. Een vrijgevestigde mondhygiëniste is niet in loondienst van een tandarts, maar is volledig zelfstandig.

Podotherapeut: een in Nederland gevestigde podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

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

Sportmedische instelling: een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Tandtechnicus: een gediplomeerde kracht die vakkundig tandtechnische laboratoriumwerkzaamheden verricht.

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

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

Verzekerde: degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door ons, is vermeld.

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

Zelfstandig behandelcentrum: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.

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

Zorg: zorg of overige diensten.

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

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

www.izagezondsamensamen.nl