

IAK Verzekeringen

IAK Aanvullende Zorgverzekeringen

Verzekeringsvoorwaarden 2016

IAK Aanvullend Goed, Beter, Best en

IAK Aanvullend Tand Goed, Beter, Best



Samen voor een perfect verzekerde toekomst

Samen voor een perfect verzekerde toekomst

IAK Verzekeringen is een van de grootste verzekeringsadviseurs van Nederland. Met ruim 85 jaar ervaring zijn wij specialist in het adviseren over en bemiddelen in verzekeringen en financiële diensten voor particulieren en bedrijven.

Als verzekeringsadviseur behartigen wij uw belangen bij diverse verzekeraars. De meeste verzekeringen worden uitgevoerd door ons eigen volmachtbedrijf, waardoor we alle verzekeringszaken direct zelf met u kunnen afhandelen. Snel, persoonlijk en gemakkelijk.

Wij adviseren u graag hoe u om kunt gaan met risico's en bieden u een compleet pakket aan producten en diensten om deze risico's af te dekken. Of het nu gaat om uw gezondheid, uw gezin, uw huis, uw vermogen, uw werk of uw hobby; samen creëren wij de juiste oplossing voor iedere situatie.

IAK Verzekeringen.

Samen voor een perfect verzekerde toekomst



Together for a perfectly insured future

IAK Verzekeringen is one of the largest insurance advisors in the Netherlands. With over 85 years of experience, we are specialists in advising both personal and commercial customers and mediating for them in the area of insurance and financial services.

As an insurance advisor, we represent your interests in our dealings with various insurers. Most insurance policies are issued and administered by our own underwriting agency, which means that we can arrange all your insurance-related matters directly with you. That makes doing business quick, personal and easy.

We are happy to advise you on managing risks, and can offer you a complete package of products and services to cover those risks. Whether it is your health, your family, your home, your assets, your work or your hobby you are concerned about, together we can create the right solution for every situation.

IAK Verzekeringen.

Together for a perfectly insured future



In deze verzekeringsvoorwaarden leest u alles over uw IAK Aanvullende Zorgverzekering. Om het vinden van de juiste informatie eenvoudiger te maken, kunt u gebruik maken van de inhoudsopgave. Daarnaast zijn voor uw gemak tekstblokken opgenomen in deze voorwaarden met een nadere uitleg of toelichting. De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, zijn op deze pagina voor u op een rij gezet. U kunt de informatie over uw IAK Aanvullende Zorgverzekering ook vinden op onze website.

Belangrijke telefoonnummers en adressen

Klantenservice Zorg- en Inkomensverzekeringen

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

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

Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders

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

Ziekenvervoer

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

Zorgadvies & bemiddeling

Wilt u zorgadvies of bemiddeling?

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

Alarmcentrale SOS International

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

IAK Kraamzorg

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

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

Aanvragen toestemming

U kunt uw aanvraag voor toestemming voor een behandeling sturen naar: IAK, afdeling Medische Dienst, Postbus 90165, 5600 RV Eindhoven of te mailen naar medischedienst@iak.nl

In deze verzekeringsvoorwaarden kunt u terugvinden in welke gevallen u toestemming nodig hebt.

Insturen nota's

Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u deze online indienen via de website onder uw persoonlijke account op Mijn IAK of met behulp van de mobiele IAK zorg app. Kijk voor meer informatie op www.iak.nl/declareren

U kunt de originele nota ook per post indienen en sturen naar: IAK, afdeling Zorgschade, Postbus 90164, 5600 RT Eindhoven.

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

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

I	Algemeen gedeelte	5		
1	Begripsomschrijvingen	5	26	Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik
2	Verzekerde zorg	6	27	Mammaprothese
3	Algemene bepalingen	8	28	Pruiken of mutssja's
4	Premie	10	29	Steunpessarium
5	Overige verplichtingen	11		<i>Medisch specialistische zorg</i>
6	Wijziging premie en voorwaarden	11	30	Besnijdenis (medische circumcisie)
7	Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	12	31	Buikwandcorrectie
8	Klachten en geschillen	13	32	Ooglidcorrectie
9	Zorgadvies en bemiddeling	13	33	Sterilisatie
				<i>Psychologische zorg</i>
II	Aanvullend Goed, Beter, Best	14	34	Mindfulness bij burn-out klachten
1	Alternatieve zorg	14	35	Seksuologische zorg
2	Beweegezorg	14	36	Cogmed
3	Anticonceptiemiddelen	16	37	Neurofeedback
	<i>Gezichtsvermogen</i>	16		<i>Voetbehandelingen</i>
4	Brillen en contactlenzen	16	38	Voetbehandeling voor de reumatische voet en diabetische voet
5	Ooglaserbehandeling of lensimplantatie	17	39	Podotherapie
	<i>Buitenland</i>	17	40	Steunzolen en therapiezolen
6	Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	17		<i>Diëtetiek</i>
7	Repatriëring	17	41	Diëtetiek
	<i>Preventie</i>	18		<i>Zorg voor oncologische patiënten</i>
8	Cursussen	18	42	Revalidatieprogramma Herstel & Balans®
9	Leefstijl Check	18		<i>Mantelzorg</i>
10	Gewichtsconsulent	18	43	Mantelzorgmakelaar
11	Sport Medisch Advies	19	44	Vervangende mantelzorg
12	Zorg voor vrouwen in de overgang	19		<i>Verblijf</i>
13	Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	19	45	Herstellingsoorden en zorghotels
14	Valpreventie	19	46	Hospice
	<i>Geboortezorg</i>	20	47	Ronald McDonaldhuis/familiehuis
15	Zwangerschapscursussen	20		<i>Vervoer</i>
16	Verloskundige zorg	20	48	Vervoer in verband met transplantatie van organen
17	Eigen bijdrage kraamzorg	20		<i>Tandheelkundige zorg/mondzorg</i>
18	Nazorg moeder en pasgeborene	20	49	Gebitsprothesen (kunstgebit)
19	Kraampakket	21		III
20	Elektrische borstkolf	21		Aanvullend Tand Goed, Beter, Best
21	Lactatiekundig consult	21		32
	<i>Huidbehandelingen</i>	21	1	Tandheelkundige zorg
22	Acnebehandeling	22	2	Orthodontische zorg
23	Camouflagetherapie	22	3	Tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval
24	Ontharen	22		33
	<i>Hulpmiddelen</i>	22		
25	Audiologische hulpmiddelen	22		

1 Begripsomschrijvingen

1.1 Aanvullende verzekering

de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekeringen IAK Aanvullend Goed, IAK Aanvullend Beter, IAK Aanvullend Best, IAK Tand Goed, IAK Tand Beter, IAK Tand Best.

1.2 Collectieve overeenkomst

een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen IAK en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

1.3 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

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

1.4 Fraude

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

1.5 IAK

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

1.6 IAK Zorgverzekering

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

1.7 Instelling

- een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
- 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.

1.8 Mantelzorger

een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald meer dan 8 uur per week of langer dan 3 maanden voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dat kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht.

1.9 Schriftelijk

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

1.10 Toestemming (machtiging)

een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, vooraf aan de afname van die bepaalde zorg.

1.11 U

verzekeringnemer en/of verzekerde.

1.12 Verblijf

verblijf met een duur van 24 uur of langer.

1.13 Verzekerde

degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

- 1.14 Verzekeringnemer**
degene die met de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekerings- voorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.
- 1.15 Wmg-tarieven**
tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
- 1.16 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.
- 1.17 Zorghotel**
een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.
- 1.18 Zorgverzekeraar de/VGZ**
VGZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09156723 namens wie en voor wiens risico IAK Volmacht B.V. als gevolmachtigde agent op grond van het bepaalde in de Wet op het financieel toezicht (Wft) deze zorgverzekeringen aanbiedt en/of uitvoert. De zorgverzekeraar en zijn gevolmachtigde agent staan als zodanig op het polisblad vermeld.
VGZ is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. De zorgverzekeraar is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt IAK aangeduid met 'wij' en 'ons'. Indien in enige bepaling expliciet 'de zorgverzekeraar' wordt genoemd, wordt daarmee VGZ Zorgverzekeraar N.V. bedoeld.
- 1.19 Zorgverzekering**
een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringwet.

2 Verzekerde zorg

- 2.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg**
Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.
- 2.2 Medische noodzaak**
U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.
- 2.3 Wie mag de zorg verlenen**
Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts, fysiotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruikmaakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven.
Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel. Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.
- 2.4 Vergoeding van de kosten van zorg**
U hebt recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) 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 een door ons voor de betreffende zorg gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief. Gaat u naar een

zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden. De maximale vergoedingen kunt u raadplegen in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders'. Deze lijst vindt u op onze website.

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat in het betreffende zorgartikel wordt genoemd.

2.5 Insturen van nota's

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

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

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

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

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online via 'Mijn IAK' of via de mobiele IAK zorg app. Ga daarvoor naar www.iak.nl/declareren. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

2.6 Rechtstreekse betaling

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

2.7 Verrekening van kosten

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

2.8 Verwijzing, voorschrift of toestemming

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

Verwijzing of voorschrift

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

Toestemming

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de verzekeringsvoorwaarden.

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

2.9 Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld Diagnose Behandeling Combinatie), dan

vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

2.10 Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u verschuldigd bent 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 Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

2.11 Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, 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 Clauseblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

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

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

3 Algemene bepalingen

3.1 Grondslag van de aanvullende verzekering

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

3.2 Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen: IAK Aanvullend Goed, IAK Aanvullend Beter, IAK Aanvullend Best, IAK Tand Goed, IAK Tand Beter en IAK Tand Best, in deze verzekeringsvoorwaarden te noemen: aanvullende verzekering.

Hebt u op grond van de collectieve overeenkomst gesloten tussen uw werkgever en IAK een MiX Aanvullende Verzekering? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van Beweegzorg, Preventie, Mindfulness bij burn-out klachten en Diëtetiek vanuit de MiX Aanvullende Verzekering. U hebt in dat geval geen recht op vergoeding van deze kosten vanuit IAK Aanvullend Goed, Beter of Best.

3.3 Bijbehorende documenten

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

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders;
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera.

U vindt deze documenten op onze website.

3.4 Fraude

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

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

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit persoonsgegevens en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken. Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) en medepleger(s):

- 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 en opsporingsinstanties.

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

3.5 Bescherming van uw persoonsgegevens

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

Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

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

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

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

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

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

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

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

3.6 Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u zich registreren voor 'Mijn IAK'.

Email

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt ook verstaan 'per email' als u daarvoor hebt gekozen. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'emailadres'.

3.7 Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft 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 één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

3.8 Bedenkperiode

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

3.9 Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

4 Premie

4.1 Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is de premie verschuldigd. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Vanaf 18 jaar is de hoogte van de premie afhankelijk van uw leeftijd. De hoogte van de premie vindt u per leeftijdsgroep in het overzicht met premies op onze website. Als u een leeftijdsgrens overschrijdt, passen wij de premie aan per de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin u een volgende leeftijdsgroep bereikt.

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.

Voorbeeld

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

4.2 Premiekorting bij collectieve overeenkomst

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

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

4.2.3 U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

4.3 Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

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

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

Kosteloze betaalmogelijkheden

a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 4.3.3).

b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via 'AcceptEmail' gratis een digitale nota te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling, dit kan desgewenst direct via iDeal. Meer informatie vindt u op de website.

c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.
Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren acceptgiro

Als u geen gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, dan ontvangt u voor de betaling van de premie een papieren acceptgiro. U betaalt per papieren acceptgiro 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 kosten.

4.3.3 Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 385,- per maand. Voor bedragen boven de € 385,- sturen wij u een acceptgiro, AcceptEmail of een digitale nota voor het gehele bedrag. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

4.4 Verrekening

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

4.5 Niet-tijdig betalen

- 4.5.1 Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen als u niet op tijd betaalt. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren, dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 4.5.2 Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen in geval van niet-tijdig betalen.
- 4.5.3 Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen of kosten, hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 4.5.4 Wij hebben het recht om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 4.5.5 Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

5 Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

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

6 Wijziging premie en voorwaarden

6.1 Wijziging premie en voorwaarden

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

6.2 Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen of als uw premie wijzigt doordat u een nieuwe leeftijdsgroep bereikt (zie artikel 4.1).

7 Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

7.1 Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering bij ons aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

7.2 Acceptatie voor de aanvullende verzekering

7.2.1 Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een zorgverzekering van de zorgverzekeraar sluiten. Voor het Tand Beter Pakket en Tand Best Pakket moet u een tandheekkundige verklaring invullen.

7.2.2 Gezinsdekking

Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering(en) als de hoogst verzekerde ouder/verzorger op de polis. Hiervan kan worden afgeweken als wij u of uw kind niet accepteren voor een Tand Beter of Tand Best.

7.2.3 Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 7.2.1 en 7.2.2 is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar. Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen VGZ/IAK. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

7.3 Einde van rechtswege

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

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van te voren.

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

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

7.4 Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

7.4.1 Jaarlijks

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

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering(en) opzeggen, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

7.4.2 Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 6.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- 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 hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

7.4.3 Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 7.4.1 en 7.4.2 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering op te zeggen.

7.5 Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 4.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 3.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

8 Klachten en geschillen

8.1 Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Zorgklachten van IAK

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Zorgklachten. De afdeling Zorgklachten handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

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

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

8.2 Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Zorgklachten.

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

9 Zorgadvies en bemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies.

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

1 Alternatieve zorg

Omschrijving

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a. acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
 - b. antroposofische alternatieve geneeswijzen;
 - c. homeopathie;
 - d. natuurgeneeswijzen;
 - e. psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder.

Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

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

2. homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed?

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

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt

Aanvullend Goed	Maximaal € 300,- per kalenderjaar voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45,- per dag
Aanvullend Beter	Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45,- per dag
Aanvullend Best	Maximaal € 800,- per kalenderjaar voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45,- per dag

Bijzonderheden

1. Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - relatietherapie;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 10);
 - Celtherapie en Chelatietherapie.
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 persoonsgebonden budget.

2 Beweegzorg

Omschrijving

Beweegzorg bestaat uit:

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

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:
5. chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., orthomanele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie en ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Hebt u Parkinson en u hebt fysiotherapie, logopedie of ergotherapie nodig?

Dan kunt u terecht bij gespecialiseerde zorgaanbieders die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. Oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP);
3. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. Ergotherapie: ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling (zitting).

5. Alternatieve bewegingstherapieën: een door ons aangewezen zorgaanbieder. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

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.

Het totale budget beweegzorg bedraagt

Aanvullend Goed	Maximaal € 200,- per kalenderjaar voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag
Aanvullend Beter	Maximaal € 400,- per kalenderjaar voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag
Aanvullend Best	Maximaal € 600,- per kalenderjaar voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag

Wordt de zorg, zoals beschreven onder Omschrijving punt 1 tot en met 4, verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan worden de kosten per behandeling (zitting) vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in H.I artikel 2.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bijzonderheden

Jonger dan 18 jaar

1. Niet-chronische aandoeningen:
u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering.

18 jaar en ouder

2.
 - a. Chronische aandoeningen:
u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot maximaal uw budget. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. H.I.ervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist. Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).
 - b. Niet-chronische aandoeningen:
u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal uw budget. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie).
3. Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:
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.

Alle leeftijden

4. Vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het 11e uur. De eerste 10 uur komen ten laste van de zorgverzekering.

5. U hebt geen recht op behandelingen die niet als Bewegzorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:
 - arbocuratieve of re-integratietrajecten;
 - behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.
6. 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 persoonsgebonden budget.

3 Anticonceptiemiddelen

Omschrijving

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

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheehoudend huisarts.

Recept (voorschrift)

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

Vergoeding

Aanvullend Goed	Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)
Aanvullend Beter	Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)
Aanvullend Best	Maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd vergoed 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.

Gezichtsvermogen

4 Brillen en contactlenzen

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen en/of brillenglazen op sterkte inclusief bijbehorende brilmonturen en kosten van aanmeting. De vergoeding geldt ook voor de wettelijke eigen bijdrage als de brillenglazen of filterglazen ten laste van de zorgverzekering zijn verstrekt voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Wie mag de brillen en contactlenzen leveren

Opticien of optiekbedrijf.

Er zijn speciale voordelen voor u. Kijk voor de actuele ledenvoordelen op onze website.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Maximaal € 100,- per 3 kalenderjaren
Aanvullend Best	Maximaal € 150,- per 3 kalenderjaren

Bijzonderheden

1. De kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf;
2. De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen hebt gekocht en de hieraan voorafgaande 2 kalenderjaren.

Voorbeeld

U hebt recht op € 150,- per 3 kalenderjaren en u koopt in 2016 een bril voor € 150,-. U hebt in zowel 2014 en als 2015 een bedrag van € 50,- ontvangen voor lenzen. U ontvangt in 2016 € 50,- voor uw bril.

5 Ooglaserbehandeling of lensimplantatie

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. De vergoeding geldt ook voor de meerkosten van een multifocale of torische lens bij een cataractoperatie (staaroperatie).

Wie mag de zorg verlenen

Oogarts.

Wij hebben met een aantal centra voor refractiechirurgie (ooglaseren en/of lensimplantaties) afspraken gemaakt. U krijgt hier korting op een aantal behandelingen. De kwaliteit is door ons getoetst. U vindt meer informatie op onze website.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Geen vergoeding
Aanvullend Best	Maximaal € 500,- voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Buitenland

6 Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving

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

U ontvangt de vergoeding als:

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

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

U kunt gebruik maken van de Alarmcentrale SOS International. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas of op onze website. Dit is vooral aan te raden als het zorg betreft die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Volledig
Aanvullend Beter	Volledig
Aanvullend Best	Volledig

7 Repatriëring

Omschrijving

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

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

Wie mag de repatriëring verzorgen

De Alarmcentrale van SOS International. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas of op onze website. Wordt de repatriëring niet verzorgd door de Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Volledig
Aanvullend Beter	Volledig
Aanvullend Best	Volledig

Bijzonderheden

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

Preventie

Een budget voor preventie bestaande uit:

8 Cursussen

Omschrijving

- 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 organisatie die werkt volgens de richtlijnen van het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod bij u in de buurt op www.ehbo.nl;
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl.

9 Leefstijl Check

Omschrijving

Integrale medische Leefstijl Check met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De check bestaat uit de volgende onderzoeken:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- audiologische screening;
- visusonderzoek;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek met een leefstijlcoach;
- schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten als de Leefstijl Check onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet.

10 Gewichtconsulent

Omschrijving

Voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.

Wie mag de zorg verlenen

Gewichtconsulent, die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN). Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

11 Sport Medisch Advies

Omschrijving

Behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen

Sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

12 Zorg voor vrouwen in de overgang

Omschrijving

Voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

13 Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

Omschrijving

Voor vakantie in het buitenland noodzakelijke consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van: hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon)meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis.

Wie mag de zorg verlenen

Vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een (huis)arts die een LCR-registratie en gelekoortsregistratie heeft. De zorgaanbieders met een LCR-registratie vindt u op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (www.lcr.nl). U ziet op deze website ook of uw arts een gelekoortsregistratie heeft.

De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken geleverd worden. Apotheekhoudende huisartsen en apotheken mogen deze middelen op voorschrift van de vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken leveren.

Het totale budget voor preventie bedraagt

Aanvullend Goed	Maximaal € 200,- per kalenderjaar
Aanvullend Beter	Maximaal € 400,- per kalenderjaar
Aanvullend Best	Maximaal € 500,- per kalenderjaar

14 Valpreventie

Omschrijving

Een cursus valpreventie leert u hoe u vallen kunt voorkomen. Daarnaast krijgt u balanstreining en leert u vallen onder veilige omstandigheden.

Voor wie

Een training valpreventie is voor mensen die moeite hebben met bewegen of lopen, bang zijn om te vallen of al een keer zijn gevallen. Kijk op onze website voor meer informatie.

Welke trainingen komen voor vergoeding in aanmerking

1. In Balans;
2. Vallen Verleden Tijd;
3. Zicht op Evenwicht.

Wie mag de cursus verzorgen

Een gecontracteerd fysiotherapeut of oefentherapeut die beschikt over een certificaat valtraining of een fysiotherapeut met een certificaat valtraining verbonden aan een thuiszorginstelling.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Één cursus voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering tot maximaal € 50,-
Aanvullend Beter	Één cursus voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering tot maximaal € 100,-
Aanvullend Best	Één cursus voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering tot maximaal € 150,-

Bijzonderheden

Na afloop van de cursus stuurt u ons een bewijs van deelname en de rekening samen met een declaratieformulier.

Geboortezorg

Geboortezorg betreft zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraamtijd.

15 Zwangerschapscursussen

Omschrijving

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van:

1. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.
2. Cursussen die:
 - u voorbereiden op de bevalling;
 - uw lichamelijke herstel na de bevalling bevorderen (maximaal 6 maanden na de bevalling).

Wie mag de cursussen verzorgen

- Een thuis- of kraamzorgorganisatie;
- Een verloskundige(-praktijk);
- Een yogadocent die is aangesloten bij de Vereniging Yogadocenten Nederland (VYN);
- Een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die is aangesloten bij ZwangerFit®;
- Een haptonoom die is aangesloten bij de Vereniging Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders (VHZB);
- Een cursusleider die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor HypnoBirthing® Cursusleiders (NVHBC);
- Een cursusleider die is aangesloten bij de vereniging Samen Bevalen.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Maximaal € 50,- per kalenderjaar
Aanvullend Beter	Maximaal € 75,- per kalenderjaar
Aanvullend Best	Maximaal € 100,- per kalenderjaar

16 Verloskundige zorg

Omschrijving

Vergoeding van de kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevult in een ziekenhuis of een door ons gecontracteerd geboortecentrum. De vergoeding betreft het verschil tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Volledig
Aanvullend Beter	Volledig
Aanvullend Best	Volledig

17 Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering. De eigen bijdrage krijgt u vergoed over hetzelfde aantal uren waarop u vanuit de zorgverzekering aanspraak kunt maken.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Maximaal € 125,- per bevalling
Aanvullend Best	Volledig

18 Nazorg moeder en pasgeborene

Omschrijving

Ondersteuning van de moeder die vanwege medische complicaties bij haarzelf of vanwege de opname van haar pasgeboren kind in het ziekenhuis binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke zorg heeft kunnen ontvangen. Als het om medische complicaties bij de moeder gaat dan wordt de zorg aansluitend aan de 10e dag na de geboorte van het kind gegeven. Bij ziekenhuisopname van het kind wordt de zorg gegeven als het kind na de 10e dag na de geboorte ontslagen wordt. Het kraamzorgcentrum stelt het aantal noodzakelijke kraamzorguren vast.

Wie mag de nazorg verlenen

Gediplomeerd kraamverzorgende of een verpleegkundige.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Maximaal 6 uur en verspreid over maximaal 2 dagen
Aanvullend Best	Maximaal 15 uur en verspreid over maximaal 4 dagen

19 Kraampakket

Omschrijving

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

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Volledig
Aanvullend Best	Volledig

20 Elektrische borstkolf

Omschrijving

Huur en aanschaf van een elektrische borstkolf.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Vergoeding tot maximaal € 80,-
Aanvullend Best	Vergoeding tot maximaal € 80,-

21 Lactatiekundig consult

Omschrijving

Vergoeding van een lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met borstvoeding.

Wie mag de zorg verlenen

Lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Verwijsbrief nodig van

Verloskundige, kraamzorgorganisatie, consultatiebureauarts of Jeugdgezondheidszorgverpleegkundige. De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige. Dit protocol vindt u op onze website.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Maximaal € 50,- per bevalling
Aanvullend Best	Maximaal € 75,- per bevalling

Huidbehandelingen

Een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

22 Acnebehandeling

Omschrijving

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

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

23 Camouflagetherapie

Omschrijving

Behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidaandoeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

24 Ontharen

Omschrijving

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

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Het totale budget voor huidbehandelingen bedraagt

Aanvullend Goed	Maximaal € 300,- per kalenderjaar
Aanvullend Beter	Maximaal € 500,- per kalenderjaar
Aanvullend Best	Maximaal € 700,- per kalenderjaar

Hulpmiddelen

Een budget voor hulpmiddelen dat u kunt besteden aan:

- een vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen/eigen betalingen voor onderstaande hulpmiddelen of;
- de aanschaf van (extra's die te maken hebben met) onderstaande hulpmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen.

25 Audiologische hulpmiddelen

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel.

Audiologische hulpmiddelen zijn: hoortoestellen, toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor hoortoestellen, solo-apparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen.

26 Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Omschrijving

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

Wie mag de zorg verlenen

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

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

27 Mammaprothese

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH en een prothese badpak die worden gebruikt na een borstamputatie. Hieronder vallen ook de benodigde schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips.

28 Pruiken of mutssja's

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Bijzonderheden

Als u een indicatie hebt voor een pruik, dan kunt u kiezen voor een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik óf een tegemoetkoming in de kosten voor een mutssja.

29 Steunpessarium

Omschrijving

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

Het totale budget hulpmiddelen bedraagt

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Maximaal € 250,- per kalenderjaar
Aanvullend Best	Maximaal € 500,- per kalenderjaar

Medisch specialistische zorg

30 Besnijdenis (medische circumcisie)

Omschrijving

Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Wie mag de zorg verlenen

Arts, huisarts of medisch specialist. De arts moet zijn ingeschreven in het register van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (het BIG-register).

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend arts, huisarts of medisch specialist meesturen waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie.

Vergoeding

Aanvullend Goed	gecontracteerde zorgaanbieder: volledig; niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 600,-
Aanvullend Beter	gecontracteerde zorgaanbieder: volledig; niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 600,-
Aanvullend Best	gecontracteerde zorgaanbieder: volledig; niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal € 600,-

31 Buikwandcorrectie

Omschrijving

Correctie van de buikwand.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Indicatie

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

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte). Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan 85 gedeeld door $(1.75 \times 1.75) = 85$ gedeeld door $3,0625 = 27,76$. Dit is afgerond 28.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Geen vergoeding
Aanvullend Best	Maximaal € 2.500,-

Bijzonderheden

Als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit de zorgverzekering dan geldt de vergoeding uit de aanvullende verzekering niet.

32 Ooglidcorrectie

Omschrijving

U hebt recht op een bovenooglidcorrectie of levatorplastiek:

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

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld. Wij vragen u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder 'Omschrijving', goed zichtbaar is.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Geen vergoeding
Aanvullend Best	maximaal € 950,-

33 Sterilisatie

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van sterilisatie.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist of – als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat – een huisarts.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Sterilisatie van de man maximaal € 800,- Sterilisatie van de vrouw maximaal € 1.250,-
Aanvullend Best	Sterilisatie van de man maximaal € 800,- Sterilisatie van de vrouw maximaal € 1.250,-

Psychologische zorg

34 Mindfulness bij burn-out klachten

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

Wie mag de zorg verlenen

Mindfulness-trainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).

Indicatie

Burn-out klachten.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Maximaal € 350,- per kalenderjaar
Aanvullend Beter	Maximaal € 350,- per kalenderjaar
Aanvullend Best	Maximaal € 350,- per kalenderjaar

35 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 verlenen

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Geen vergoeding
Aanvullend Best	Maximaal 4 zittingen tot maximaal € 60,- per zitting

Bijzonderheden

Een zitting duurt minimaal 60 minuten.

36 Cogmed

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van Cogmed voor verzekerden tot 18 jaar met een werkgeheugenprobleem of een leerprobleem veroorzaakt door ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder). De vergoeding van de methode betreft behandeling en licentiekosten.

Wie mag de zorg verlenen

Psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, gezondheidszorgpsycholoog, kind- en jeugdpsycholoog die is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het register van de Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen (NVO). De behandelaar moet gecertificeerd zijn als Cogmed-coach. Kijk op de website welke Cogmed-coach de zorg mag verlenen.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Geen vergoeding
Aanvullend Best	Maximaal € 400,- per kalenderjaar

37 Neurofeedback

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van neurofeedback voor verzekerden tot 18 jaar met een diagnose ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder).

Wie mag de zorg verlenen

Psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, kind- en jeugdpsycholoog en gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven als neurofeedbackbehandelaar in het neurofeedbackregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Geen vergoeding
Aanvullend Best	Maximaal € 1000,- per kalenderjaar

Voetbehandelingen

Een budget voor voetbehandelingen bestaande uit:

38 Voetbehandeling voor de reumatische voet en diabetische voet

Omschrijving

1. Voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis.
2. Voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1. Dit betreft behandelingen met het doel (pijn)klachten door huid- en nagelaandoeningen en/of overmatige druk op voet of nagels te verminderen om wonden te voorkomen. Deze voetbehandelingen omvatten geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

Wie mag de zorg verlenen

1. Podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of;
2. Een pedicure met aantekening 'reumatische voet' (bij reumatische voet) of 'Diabetes voet' (bij Diabetes voet) of medisch pedicure, die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

Bijzonderheden

1. U hebt recht op bepaalde voetzorg bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2 en hoger. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.
2. Op de nota dient uw podotherapeut of pedicure het zorgprofiel te vermelden.
3. De vermelde zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetzorg die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De Zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u hebt.

39 Podotherapie

Omschrijving

Behandelingen van voetafwijkingen te weten huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet.

Wie mag de zorg verlenen

Podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Het totale budget voetbehandelingen bedraagt

Aanvullend Goed	Maximaal € 100,- per kalenderjaar
Aanvullend Beter	Maximaal € 300,- per kalenderjaar
Aanvullend Best	Maximaal € 500,- per kalenderjaar

40 Steunzolen en therapiezolen

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van maatwerk inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U hebt ook recht op een tegemoetkoming in de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

Wie mag de zolen leveren

Podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM). SEMH staat voor Stichting Erkenningsregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen. Kijk voor informatie over de zorgaanbieders op onze website.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Maximaal € 70,- per kalenderjaar
Aanvullend Beter	Maximaal € 125,- per kalenderjaar
Aanvullend Best	Maximaal € 125,- per kalenderjaar

Diëtetiek

41 Diëtetiek

Omschrijving

Voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 3 uur diëtetiek. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop. Hebt u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte), een verhoogd vasculair risico of astma (als u 16 jaar of ouder bent) en ontvangt u hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden van onze zorgverzekeringen. Dan wordt de diëtetiek voor deze en gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd en hebt u geen recht op de vergoeding uit dit artikel.

Wie mag de zorg verlenen

Diëtist.

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

Gaat u naar een diëtist waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling.

Waar moet de zorg plaatsvinden

De zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Geen vergoeding
Aanvullend Best	Maximaal € 250,- per kalenderjaar

Wordt de zorg verleend door een diëtist waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan worden de kosten per behandeling vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals deze voor diëtetiek zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in H.II artikel 2.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Zorg voor oncologische patiënten

42 Revalidatieprogramma Herstel & Balans®

Omschrijving

Nazorg in groepsverband voor patiënten met kanker. De nazorg is voor patiënten die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen.

Wie mag de zorg verlenen

Instellingen die zijn gecertificeerd door de Stichting Herstel & Balans. De instellingen kunt u vinden op www.herstelenbalans.nl

Vergoeding

Aanvullend Goed	Maximaal € 800,- per diagnose
Aanvullend Beter	Maximaal € 800,- per diagnose
Aanvullend Best	Maximaal € 1.000,- per diagnose

Mantelzorg

Een mantelzorger verleent zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Het gaat om zorg die uit meer bestaat dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is.

Stel uw vraag over mantelzorg aan ons

Of u nu mantelzorger bent of mantelzorg ontvangt, u kunt met uw vragen terecht bij afdeling Zorgadvies. Onze medewerkers informeren en adviseren u over mantelzorg: zij zijn op de hoogte van de regelgeving en weten waar u terecht kunt voor hulp.

Mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg.

43 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 tijdens kantooruren contact opnemen met de afdeling Zorgadvies. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een door ons gecontracteerde mantelzorgmakelaar.

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

Vergoeding

Aanvullend Goed	Maximaal € 250,- per kalenderjaar
Aanvullend Beter	Maximaal € 500,- per kalenderjaar
Aanvullend Best	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.

Let op

U verzorgt uw vader die ook bij IAK is verzekerd. U of uw vader kan de kosten van de mantelzorgmakelaar declareren. Niet allebei.

44 Vervangende mantelzorg

Omschrijving

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

Wie mag de vervangende mantelzorg verlenen

Een door ons gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van vervangende mantelzorg kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies.

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

Vergoeding

Aanvullend Goed	Maximaal 5 dagen per kalenderjaar
Aanvullend Beter	Maximaal 10 dagen per kalenderjaar
Aanvullend Best	Maximaal 15 dagen per kalenderjaar

Let op

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.

Verblijf

45 Herstellingsoorden en zorghotels

Omschrijving

Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

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

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Een overzicht van de door ons gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels vindt u op onze website.

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

Verwijsbrief nodig van

U hebt een verwijsbrief nodig van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of burn-out (zoals beschreven onder Omschrijving, punt 3).

Vergoeding

Aanvullend Goed	Maximaal € 100,- per dag tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar
Aanvullend Beter	Maximaal € 100,- per dag tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar
Aanvullend Best	Maximaal € 100,- per dag tot maximaal € 2.000,- per kalenderjaar

46 Hospice

Omschrijving

Verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Wie mag de zorg verlenen

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

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Maximaal € 30,- per dag
Aanvullend Beter	Maximaal € 30,- per dag
Aanvullend Best	Maximaal € 30,- per dag

47 Ronald McDonaldhuis/familiehuis

Omschrijving

Als uw kind(eren) of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, bestaan er mogelijkheden om bij hen in de buurt te overnachten. Dit kan in een familie- of logeerhuis dat verbonden is aan een in Nederland gelegen ziekenhuis, zoals een Ronald McDonaldhuis of een Kiwanishuis. Als uw kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaalhuis Ter Weijde.

Als u twee dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt, kunt u in het familie- of logeerhuis overnachten. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Maximaal € 300,- per kalenderjaar
Aanvullend Beter	Maximaal € 400,- per kalenderjaar
Aanvullend Best	Maximaal € 600,- per kalenderjaar

Vervoer

48 Vervoer in verband met transplantatie van organen

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van taxivervoer of eigen vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u zorg ontvangt die verband houdt met transplantatie van organen als u geen aanspraak kunt maken op dit vervoer op grond van de zorgverzekering. Het gaat om de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Wie mag het taxivervoer verzorgen

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

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik maken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website.

Vergoeding

Aanvullend Goed	taxivervoer: volledig; vervoer per eigen auto: € 0,30 per kilometer
Aanvullend Beter	taxivervoer: volledig; vervoer per eigen auto: € 0,30 per kilometer
Aanvullend Best	taxivervoer: volledig; vervoer per eigen auto: € 0,30 per kilometer

Bijzonderheden

Het vervoer van de donor wordt niet vergoed.

Tandheelkundige zorg/mondzorg

49 Gebitsprothesen (kunstgebit)

Omschrijving

Vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Volledig
Aanvullend Best	Volledig

III Aanvullend Tand Goed, Beter, Best

1 Tandheelkundige zorg

Omschrijving

Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half) jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

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

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen

Aanvullend Goed	Maximaal € 250,- per kalenderjaar: 100% voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) en 80% voor overige behandelingen
Aanvullend Beter	Maximaal € 500,- per kalenderjaar: 100% voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) en 80% voor overige behandelingen
Aanvullend Best	Maximaal € 1.000,- per kalenderjaar: 100% voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) en 80% voor overige behandelingen

Bijzonderheden

1. Niet vergoed worden de kosten van:
 - niet nagekomen afspraken;
 - orthodontische zorg;
 - algehele narcose (A20).
2. De kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

2 Orthodontische zorg

2.1 Voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of orthodontist.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Maximaal € 1.500,- voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Aanvullend Best	Maximaal € 2.500,- voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

2.2 Voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of orthodontist.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Geen vergoeding
Aanvullend Beter	Maximaal € 500,- voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Aanvullend Best Maximaal € 1.500,- voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkundige zorg en orthodontische zorg. Deze tarievenlijsten met maximum tarieven worden voor 2016 vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

3 Tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval

Omschrijving

Vergoeding van de kosten voor onvoorziene tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, waardoor de schade als gevolg van het ongeval aan uw gebit wordt hersteld. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal komen voor vergoeding in aanmerking.

Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld op uw lichaam, van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering Tand Goed, Tand Beter of Tand Best. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een door u ingevuld formulier 'vragenformulier ongeval', een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u redelijkerwijs op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Maximaal € 10.000,- per ongeval
Aanvullend Beter	Maximaal € 10.000,- per ongeval
Aanvullend Best	Maximaal € 10.000,- per ongeval

Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van:

- kosten als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- kosten als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- kosten als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- kosten als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- kosten die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- kosten van een behandeling in het buitenland;
- kosten van orthodontische zorg.

Wij zijn er voor ú



Ga naar www.iak.nl

Voor uitgebreide informatie, premie berekenen en aanvragen.



Bel (040) 261 19 11

Onze medewerkers van de klantenservice staan voor u klaar.



Maak een afspraak met de adviseur

Bij veel organisaties houden onze adviseurs regelmatig spreekuur.



Bezoek de servicebalie

Op de Beukenlaan 70 te Eindhoven.



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

IAK Volmacht B.V.
KvK: 55688616

IAK Assuradeuren
KvK: 33142879
AFM vergunning: 12008358

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