



Zelf alles  
online regelen  
met Mijn IZZ  
Zorgverzekering

# Verzekeringsvoorwaarden IZZ Zorgverzekering door VGZ 2020 **Aanvullende verzekeringen**

de **izz** zorgverzekering<sup>®</sup> door  
van mensen in de zorg.



# Welkom bij IZZ

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden voor uw **aanvullende zorgverzekering(en)** bij IZZ Zorgverzekering door VGZ. Op [vgzvoordezorg.nl/izz](https://vgzvoordezorg.nl/izz) vindt u meer informatie over bijvoorbeeld declareren en onze zorgverzekeringspakketten.

## Mijn IZZ Zorgverzekering

Via Mijn IZZ Zorgverzekering kunt u onder andere uw polis wijzigen, uw declaraties inzien en uw premie betalen.

Met uw DigiD kunt u direct veilig inloggen op Mijn IZZ Zorgverzekering.

## IZZ Zorgverzekering app

Kent u de IZZ Zorgverzekering app al? Met de app declareert u supersnel, bekijkt u uw vergoedingen en betaalt u rekeningen makkelijk met iDeal. Uw zorgpas en alarmnummers heeft u altijd bij de hand. U logt veilig in met uw DigiD.

## Contact

Wij staan voor u klaar. Kijk voor onze contactgegevens op [vgzvoordezorg.nl/izz/contact](https://vgzvoordezorg.nl/izz/contact).

## Gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners

U vindt onze gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners op [vgzvoordezorg.nl/izz/zorgzoeker](https://vgzvoordezorg.nl/izz/zorgzoeker).

## Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf onze **toestemming (een machtiging)** nodig heeft? Dit vindt u in deze verzekeringsvoorwaarden. Ga naar [vgzvoordezorg.nl/izz](https://vgzvoordezorg.nl/izz) voor alle informatie.

VGZ.

T.a.v. Machtigingen

Postbus 25150

5600 RS Eindhoven

## Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via Mijn IZZ Zorgverzekering. Of nog sneller met de IZZ Zorgverzekering app. U logt veilig in met uw DigiD.

U ontvangt uw vergoeding binnen 10 werkdagen op uw rekening.

Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

VGZ

Postbus 25030


5600 RS Eindhoven



# Leeshulp

Dit zijn de voorwaarden bij uw **aanvullende verzekering** . Het is prettig als u snel kunt vinden wat u zoekt. Daar willen we u bij helpen.

## Wat vindt u in deze voorwaarden?

1. Alle zorgartikelen. Per zorgartikel vindt u:
  - wat uw vergoeding is
  - bij wie u terecht kunt
  - of u zelf nog wat moet regelen
2. Algemene voorwaarden. Dit zijn eigenlijk uw rechten en uw plichten. Dat klinkt vrij officieel en dat zijn ze ook. Er staat bijvoorbeeld in hoe u nota's moet insturen. Maar ook wanneer u recht heeft op een vergoeding.
3. Begrippenlijst. In deze lijst vindt u de uitleg van ingewikkelde woorden. In de tekst zelf vindt u deze uitleg ook. Die wordt zichtbaar als u met uw muis over de  beweegt.

## Hoe vindt u snel wat u zoekt?

U kunt op verschillende manieren zoeken.

1. Via de inhoudsopgave op bladzijde 4. Hier kunt u klikken op artikelen en meteen springen naar het onderwerp dat u zoekt.
2. Via de zoekfunctie van uw computer: druk tegelijkertijd op de toetsen Ctrl en F (bij een Mac is dit: Cmd + F) en tik het woord dat u zoekt in.
3. Via tabbladen aan de zijkant kunt u zoeken op grotere onderwerpen.

## Wat betekenen de pictogrammen?



Let op



Extra informatie



Tip

## Heeft u nog vragen?

Misschien heeft u toch nog vragen. Gaan deze vragen over uw eigen verzekering? Kijk dan in de Mijn Omgeving of in de app. Daar kunt u bijvoorbeeld vinden welke verzekering u heeft. Ook kunt u hiermee heel eenvoudig declaraties indienen. En kijken hoeveel eigen risico nog 'open staat'. Heel handig! Komt u er via deze kanalen niet uit, dan kunt u contact opnemen met onze klantenservice. U vindt de contactgegevens op onze website.



# Inhoud

## Welkom bij de IZZ Zorgverzekering door VGZ

2

## Leeshulp 3

## Inhoud 4

### I. Algemeen

6

Artikel 1.	Verzekerde zorg	6
Artikel 2.	Algemene bepalingen	8
Artikel 3.	Premie	10
Artikel 4.	Overige verplichtingen	11
Artikel 5.	Wijziging premie en voorwaarden	12
Artikel 6.	Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	12
Artikel 7.	Klachten en geschillen	14
Artikel 8.	Zorgadvies en bemiddeling	14

### II. IZZ Zorg voor de Zorg

15

#### ALTERNATIEVE ZORG

Artikel 9.	Alternatieve zorg	15
------------	-------------------	----

#### FYSIOTHERAPIE

Artikel 10.	Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie	16
Artikel 11.	Intake arbeidsfysiotherapie	17

#### ERGOTHERAPIE

Artikel 12.	Ergotherapie	17
-------------	--------------	----

#### ANTICONCEPTIE

Artikel 13.	Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar	18
Artikel 14.	Sterilisatie	18

#### BRILLEN EN LENZEN

Artikel 15.	Budget voor bril of lenzen bij een niet-gecontracteerde leverancier	19
Artikel 16.	Complete bril bij gecontracteerde leverancier	19

#### BUITENLAND

Artikel 17.	Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij een reis naar het buitenland	20
Artikel 18.	Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	20
Artikel 19.	Repatriëring	20

#### PREVENTIE

Artikel 20.	Budget Preventie	21
-------------	------------------	----

20.1.	Cursussen	21
20.2.	Gezondheidstest	22
20.3.	Sportmedisch advies	22
20.4.	Consult en advies voor vrouwen	22

#### ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE

Artikel 21.	Zwangerschapscursussen	23
Artikel 22.	Kraampakket	23
Artikel 23.	Lactatiekundig consult	23
Artikel 24.	Nazorg moeder en pasgeborene of ondersteuning bij adoptie	24
Artikel 25.	Borstkolf	24
Artikel 26.	Eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak	24

#### HUIDTHERAPIE

Artikel 27.	Budget huidbehandelingen	25
27.1.	Camouflagetherapie	25
27.2.	Ontharen	25

#### HULPMIDDELEN

Artikel 28.	Budget hulpmiddelen	26
28.1.	Batterijen hoorhulpmiddelen	26
28.2.	Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	26
28.3.	Mammaprothese	26
28.4.	Pruiken of mutsja's	26
28.5.	Steunpessarium	26
28.6.	Plaswekker van 6 tot 18 jaar	27
28.7.	ADL-Hulpmiddelen	27
Artikel 29.	Eenvoudige loophulpmiddelen	27

#### PLASTISCHE CHIRURGIE

Artikel 30.	Flapoorcorrectie tot 18 jaar	28
Artikel 31.	Ooglidcorrectie	28
Artikel 32.	Buikwandcorrectie	28

#### PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 33.	Mindfulness bij burn-outklachten vanaf 18 jaar	29
-------------	--	----

#### VOETBEHANDELINGEN

Artikel 34.	Budget voetbehandelingen	30
34.1.	Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet	30
34.2.	Podotherapie	30
Artikel 35.	Steunzolen en therapiezolen	30

#### VOEDINGSADVIES

Artikel 36.	Diëtetiek	31
-------------	-----------	----



Artikel 37. Gewichtsconsulent 31

### VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 38. Verblijf in een logeershuis of familiehuis 32

Artikel 39. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed 32

### PALLIATIEVE ZORG

Artikel 40. Hospice 32

### ZORG EN VERBLIJF BUITENSHUIS

Artikel 41. Herstellingsoorden en zorghotels 33

Artikel 42. Behandeling in een kuuroord 33

### ZORG THUIS

Artikel 43. Huishoudelijke hulp vanaf 18 jaar 34

Artikel 44. Mantelzorgmakelaar 34

Artikel 45. Vervangende mantelzorg 35

### VERVOER

Artikel 46. Vervoer bij orgaantransplantatie 35

### OOGLEASEREN EN LENSIMPLATATIE

Artikel 47. Ooglaseren en lensimplatatie 36

### PATIENTENVERENIGING

Artikel 48. Lidmaatschap 36

### MONDZORG

Artikel 49. Tandheelkundige zorg 37

49.1. Periodieke controle en probleemgericht consult 37

49.2. Algemene tandheelkundige zorg 37

49.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen 38

Artikel 50. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar 38

Artikel 51. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 39

Artikel 52. Tandheelkundige kosten door een ongeval 39

## III. IZZ Bijzonder bewust 40

### ALTERNATIEVE ZORG

Artikel 1. alternatieve zorg 40

### FYSIOTHERAPIE

Artikel 2. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie 41

### BRILLEN EN LENZEN

Artikel 3. Budget voor bril of lenzen bij een niet-gecontracteerde leverancier 42

Artikel 4. Complete bril bij gecontracteerde leverancier 42

### MONDZORG

Artikel 5. Tandheelkundige zorg 43

5.1. Periodieke controle en probleemgericht consult 43

5.2. Algemene tandheelkundige zorg 43

Artikel 6. Tandheelkundige kosten door een ongeval 44

## IV. IZZ Kies zelf 45

### FYSIOTHERAPIE

Artikel 7. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie 45

### BUITENLAND

Artikel 8. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland 46

8.1. Repatriëring 46

### MONDZORG

Artikel 9. Tandheelkundige zorg 47

9.1. Periodieke controle en probleemgericht consult 47

9.2. Algemene tandheelkundige zorg 47

9.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen 48

Artikel 10. Eigen bijdrage kunstgebit 48

## V. Begrippen 49





# I. Algemeen

## Artikel 1. Verzekerde zorg

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

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

### 1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgverlener moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgverleners de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgverlener moet voldoen. Voor een aantal vormen van zorg hebben we zorgverleners gecontracteerd, aangewezen of erkend. Alleen deze zorgverleners mogen de zorg verlenen. Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgverleners vindt u op onze website.

### 1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

#### 1.3.1. Zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener

Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij aan de zorgverlener het afgesproken tarief.

#### 1.3.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de (voor u betreffende) zorg geen contract hebben? Dan moet u misschien de rekening of een deel van de rekening zelf betalen. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden. U kunt uw vordering op ons voor mindfulness bij burn-out klachten of seksuologische zorg niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

#### 1.3.3. Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgverlener

Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Informatie hierover vindt u – per zorgsoort – in deze voorwaarden. De maximale vergoeding vindt u in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners'. Deze lijst vindt u op onze website.

#### 1.3.4. Budget

Krijgt u voor de betreffende zorg een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale budget dat in het betreffende zorgartikel staat.

### 1.4. Insturen van nota's

Veel zorgverleners sturen nota's rechtstreeks naar ons. Als u zelf een nota heeft ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur 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 bij ons indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

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

De nota's moeten zo zijn, dat wij direct uit de nota kunnen opmaken op welke vergoeding u volgens de toepasselijke voorwaarden recht heeft. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van [www.XE.com](http://www.XE.com). Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat u behandeld bent. Nota's moeten in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans zijn geschreven. Als wij het nodig vinden, dan vragen wij u om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij mogen wachten met betaling van de nota totdat u de betaling van de kosten heeft aangetoond.





### Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar [www.vgzvoordezorg.nl/izz/mijnzzzorgverzekering](http://www.vgzvoordezorg.nl/izz/mijnzzzorgverzekering). Ook kunt u heel eenvoudig declareren via onze IZZ Zorgverzekering app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt.

## 1.5. Rechtstreekse betaling

Wij mogen de zorgkosten rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. U heeft dan zelf geen recht meer op de vergoeding.

## 1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, moet u soms toch iets bijbetalen. Soms hebben wij meer vergoed dan waartoe we volgens uw aanvullende verzekering(en) verplicht zijn. Of de kosten van zorg komen om een andere reden 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.

## 1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande **schriftelijke** toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. In het zorgartikel vindt u informatie hierover.

### Verwijzing of voorschrift

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

### Toestemming (machtiging)

U heeft soms onze **toestemming** nodig voordat u de zorg krijgt. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgverlener beoordeelt dan 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 voorin de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de voor u betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

## 1.8. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden spreken wij daarbij over (kalender)jaren. Om te bepalen aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden verbonden, kijken wij naar de door uw zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd. Deze datum is daarvoor bepalend. Stel uw behandeling valt in twee kalenderjaren, en de zorgverlener mag de kosten hiervan in één bedrag in rekening brengen (bijvoorbeeld een **diagnose-behandel-combinatie**). Dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en horen de kosten bij het kalenderjaar waarin uw behandeling is gestart.

## 1.9. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener 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 op tijd betalen van nota's van zorgverleners;
- 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 kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wlz, als de verzekerde voor deze wet verzekerd was;
- (vergoeding van kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wlz, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. Zie onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich binnen Nederland voordoet, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

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

Heeft 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, dan heeft u 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 deze aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.



### Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle **verzekerden** samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

## Artikel 2. Algemene bepalingen

### 2.1. Grondslag van de aanvullende verzekering

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

### 2.2. Aanvullende verzekering

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

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen:





hoofdstuk II; "IZZ Zorg voor de Zorg":

- IZZ Zorg voor de Zorg;
- IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 1;
- IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 2;
- IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 3.

hoofdstuk III; "IZZ Bijzonder Bewust":

- IZZ Bijzonder Bewust.

hoofdstuk IV; "Kies zelf":

- IZZ Fysio Goed;
- IZZ Fysio Beter;
- IZZ Buitenland;
- IZZ Tand Goed;
- IZZ Tand Beter;

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

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

### 2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden.

Het gaat om de volgende documenten:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen;
- Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP);
- Overzicht gecontracteerde zorgverleners;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
- Convenant Samenloop Reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

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

### 2.4. Fraude

**Fraude** (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan 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.

#### Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) opnemen in:

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

#### Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

### 2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze



website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft.

Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

## 2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u al onze mededelingen elektronisch wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de **Mijn Omgeving**.

## 2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering 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. 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.

## 2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, heeft 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.

## 2.9. Nederlands recht

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

# Artikel 3. Premie

## 3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. 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 voor de aanvullende verzekeringen. Voorbeeld: iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus. Voor de verzekeringnemer die niet (meer) deelneemt aan een **collectieve overeenkomst** is een premietoeslag van toepassing op de premie van de Extra 3 voor iedere premiebetalende verzekerde. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

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

- 3.2.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is afgesproken.
- 3.2.2. Als u geen gebruik maakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. U betaalt geen kosten voor de polis. Meer informatie en de hoogte van de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.2.3. U betaalt de premie, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is afgesproken.

### Kosteloze betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn Omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling, dit kan – als u wilt – direct via iDeal.
- c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

### Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)



Als u geen gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden dan betaalt u € 1,50 per papieren factuur. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruikmaakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

- 3.2.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatisch incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u minimaal 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 maximaal € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een (papieren) factuur. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

### 3.3. Verrekening

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

### 3.4. Niet-tijdig betalen

- 3.4.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan 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 mogen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten.
- 3.4.2. Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening als u niet tijdig betaalt:
- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
  - incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.4.3. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.4.4. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.4.5. Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

## Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- 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. Denk aan kosten die wij zouden kunnen verhalen op de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van een ongeval. 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;
- 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);
- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;



- 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, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

## Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

### 5.1. Wijziging premie en voorwaarden

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

### 5.2. Opzeggingsrecht

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

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

### 6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij aangeven dat de zorgverzekering 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.

### 6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

#### 6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op de zorgverzekering van ons sluiten. Er geldt geen medische selectie. Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten. Verzekerde kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering(en) als de verzekeringnemer.

#### 6.2.2. Mogelijke keuzes

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

#### **Pakketten:**

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

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

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

#### **Kies zelf:**

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

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

#### 6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1. en 6.2.2. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2020 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2020. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzeke-



ring die wij aanbieden. Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel 6.4). Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen de IZZ Zorgverzekering. 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.

### 6.3. Einde van rechtswege

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 tevoren;
- 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 tevoren.

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

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

### 6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

#### 6.4.1. 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.



#### Let op

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

#### 6.4.2. Tussentijds

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

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de IZZ Basisverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit 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. Voorwaarde is dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

#### Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering(en) op te zeggen.

### 6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

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

- als u de verschuldigde bedragen niet op tijd betaald heeft, zoals vermeld in artikel 3.4;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) 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 verze-





kering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

## Artikel 7. Klachten en geschillen

### 7.1. Indienen klacht

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 hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.



Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent. 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 kunt u dit ook door iemand anders 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 heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl). U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

### 7.2. Klachten over formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice, kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl). Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, [www.nza.nl](http://www.nza.nl), is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

## Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

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

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgverlener 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.



# II. IZZ Zorg voor de Zorg

## ALTERNATIEVE ZORG

### Artikel 9. Alternatieve zorg

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

- behandelingen en consulten die vallen onder acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen, antroposofische alternatieve geneeswijzen, chiropractie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn, homeopathie, manuele therapie E.S, musculoskeletale geneeskunde, natuurgeneeswijzen, osteopathie en psychosociale zorg
- Homeopathische of antroposofische (genees)middelen die
  - volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd
  - in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
<ul style="list-style-type: none"><li>• geen vergoeding</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• maximaal € 300 per kalenderjaar;</li><li>• voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• maximaal € 500 per kalenderjaar;</li><li>• voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• maximaal € 800 per kalenderjaar;</li><li>• voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag</li></ul>

#### Dit krijgt u niet vergoed

Onder alternatieve zorg vallen niet de consulten en (groeps-)behandelingen voor:

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

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek;
- onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

#### Hier kunt u terecht

Voor behandelingen en consulten kunt u alleen terecht bij een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht hiervan vindt u op onze website. Voor de geneesmiddelen kunt u naar een apotheker. Een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.



#### Welk middel wordt vergoed?

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgverlener opvragen en contact met ons opnemen. Ons telefoonnummer vindt u op onze website. Met dit nummer kunnen wij voor u kijken of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apotheekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA- of HM-registratie in de Taxe Homeopathie heeft.



## Artikel 10. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

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

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar;</li> <li>• voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar;</li> <li>• voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar;</li> <li>• voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maximaal 52 behandelingen per kalenderjaar;</li> <li>• voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.</li> </ul>

### Dit krijgt u niet vergoed

- Arbocuratieve zorg en re-integratietrajecten ;
- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.



#### Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

#### Jonger dan 18 jaar

Chronische aandoeningen: alle behandelingen.

Niet-chronische aandoeningen: de 1e 18 behandelingen.

#### 18 jaar en ouder

Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie: de 1e 9 behandelingen

Oefentherapie:

- Bij etalagebenen: de 1e 37 behandelingen
- Bij artrose van heup- of kniegewricht: de 1e 12 behandelingen
- Bij COPD vanaf stadium Gold II: de zorgverzekering vergoed een maximum aantal behandelingen oefentherapie.

De behandelingen oedeemtherapie die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet uit uw aanvullende verzekering vergoed. Dit geldt voor:

#### 18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.

### Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut



Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.



#### Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

## Artikel 11. Intake arbeidsfysiotherapie

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van de intake, als onderdeel van het Protocol Participatieve Werkaanpassing (PPAW). Dit protocol is een preventieprogramma dat door IZZ in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten (NVBF) is opgesteld voor de aanpak van arbeidsgerelateerde klachten.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal € 43,60 per kalenderjaar	maximaal € 43,60 per kalenderjaar	maximaal € 43,60 per kalenderjaar	maximaal € 43,60 per kalenderjaar

### Dit krijgt u niet vergoed

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

- arbocuratieve zorg. Dit is zorg om arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen te behandelen of te genezen. Voorbeelden hiervan zijn werkplekonderzoek en driegesprek als onderdeel van het Protocol Participatieve Werkaanpassing (PPAW). Alleen het onderdeel Intake door de arbeidsfysiotherapeut als onderdeel van het Protocol Participatieve Werkaanpassing (PPAW), zoals beschreven in dit artikel, is hiervan uitgezonderd;
- re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
- behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

### Hier kunt u terecht

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

## ERGOTHERAPIE

### Artikel 12. Ergotherapie

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van ergotherapie met als doel een grotere of betere zelfredzaamheid. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 10 behandeluren ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar</li> <li>• uw zorgverlener declareert de behandeluur in kwartieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar</li> <li>• uw zorgverlener declareert de behandeluur in kwartieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar</li> <li>• uw zorgverlener declareert de behandeluur in kwartieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maximaal 5 behandeluren per kalenderjaar</li> <li>• uw zorgverlener declareert de behandeluur in kwartieren.</li> </ul>

#### Hier kunt u terecht



Bij een ergotherapeut.



#### Let op

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Wij hebben voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

## ANTICONCEPTIE

### Artikel 13. Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar

#### Dit krijgt u vergoed

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar, die volgens de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt. Denk aan: anticonceptiepil, anticonceptiestafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

#### Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde apotheker of apotheekhoudende huisarts. Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudende huisarts waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde apothekers en apotheekhoudende huisartsen vindt u op onze website.

#### Dit moet u zelf regelen

Het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel. Een huisarts, verloskundige of medisch specialist schrijft dit voor.



U krijgt vanuit uw zorgverzekering een vergoeding voor het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Ongeacht uw leeftijd.

### Artikel 14. Sterilisatie

#### Dit krijgt u vergoed

Sterilisatie.

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

#### Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet. Voor een vasectomie (sterilisatie van de man) kunt u ook naar een huisarts. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.





## Artikel 15. Budget voor bril of lenzen bij een niet-gecontracteerde leverancier

### Dit krijgt u vergoed

De aanschafkosten van een bril of lenzen op sterkte bij een opticien waarmee we geen contract hebben gesloten.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	maximaal € 50 per 3 kalenderjaren	maximaal € 100 per 3 kalenderjaren	maximaal € 200 per 3 kalenderjaren

De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen hebt gekocht en de twee hieraan voorafgaande kalenderjaren. De kosten voor het aanmeten worden alleen vergoed als ze onderdeel uit maken van de aanschaf.

### Dit krijgt u niet vergoed

- Een complete bril bij een gecontracteerde leverancier als u kiest voor een budget voor bril of lenzen bij een niet-gecontracteerde leverancier
- Een bril of lenzen als u in de afgelopen 3 jaar al een vergoeding voor een bril of lenzen heeft gekregen uit de aanvullende verzekering

## Artikel 16. Complete bril bij gecontracteerde leverancier

### Dit krijgt u vergoed

Een enkelvoudige of multifocale **complete bril** op sterkte van een gecontracteerde leverancier. In het Reglement gezichtshulpmiddelen vindt u de lijst met leveranciers.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	een bril uit het basis assortiment per 3 kalenderjaren	een bril uit het uitgebreide assortiment per 3 kalenderjaren	een bril uit het uitgebreide assortiment per 3 kalenderjaren

De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril hebt gekocht en de twee hieraan voorafgaande kalenderjaren. De kosten voor het aanmeten worden alleen vergoed als ze onderdeel uit maken van de aanschaf.

### Dit krijgt u niet vergoed

- Een budget voor bril of lenzen bij een niet-gecontracteerde leverancier als u kiest voor een complete bril bij een gecontracteerde leverancier
- Een bril of lenzen als u in de afgelopen 3 jaar al een vergoeding voor een bril of lenzen heeft gekregen uit de aanvullende verzekering.



## BUITENLAND

### Artikel 17. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen bij een reis naar het buitenland

#### Dit krijgt u vergoed

Consulten, noodzakelijke vaccinaties (inenting) en/of preventieve geneesmiddelen als u op reis gaat naar het buitenland.

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

#### Hier kunt u terecht

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

### Artikel 18. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

#### Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het **ongeval** te krijgen.

#### U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. De IZZ Alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

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

#### Dit moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u de IZZ Alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de Zorg app, op uw zorgpas of op onze website.



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](http://www.XE.com).

### Artikel 19. Repatriëring

#### Dit krijgt u vergoed

Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van:

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



De alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

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

#### Dit krijgt u niet vergoed

Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

#### Hier kunt u terecht

Bij de IZZ Alarmcentrale. Verzorgt de IZZ Alarmcentrale de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de Zorg app, op uw zorgpas of op onze website.

## PREVENTIE

### Artikel 20. Budget Preventie

U krijgt een budget voor preventie dat u kunt inzetten voor cursussen, zorg en advies zoals hierna beschreven in Artikel 20.1. t/m 20.4.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal € 200 per kalenderjaar	maximaal € 200 per kalenderjaar	maximaal € 200 per kalenderjaar	maximaal € 200 per kalenderjaar

### 20.1. Cursussen

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van (een):

- cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, reuma, gewrichtsaandoeningen, kanker, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Patiënten Federatie Nederland of een thuiszorgorganisatie.
- (door ons aangewezen) preventieve cursussen door een aangewezen aanbieder. Een overzicht van de door ons aangewezen aanbieders vindt u op onze website.
- cursussen omgaan met dementie die een thuiszorgorganisatie, de GGD- of een GGZ-instelling organiseert.
- cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO.
- reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).
- cursus valpreventie "In Balans", "Vallen Verleden Tijd" en "Zicht op Evenwicht" door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of ergotherapeut die beschikt over een certificaat valtraining. De zorgverlener vermeldt op de nota dat hij beschikt over een certificaat valpreventie.



Kijk voor de patiëntenverenigingen op [www.patiëntenfederatie.nl](http://www.patiëntenfederatie.nl)

### Dit moet u zelf regelen

Bij de nota stuurt u een bewijs van deelname mee.

## 20.2. Gezondheidstest

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van een integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen. Na de test krijgt u een advies. De gezondheidstest bestaat uit de volgende onderdelen:

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

De gezondheidstest mag worden uitgebreid met een:

- hoortest (audiologische screening)
- fietstest
- persoonlijk leefstijlgesprek met een leefstijlcoach

Uit de nota moet blijken uit welke onderzoeken de gezondheidstest bestaat.



### Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- preventief medisch onderzoek naar kanker of andere ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is;
- MRI-, CT-scans en zogenaamde total body scans.

### Hier kunt u terecht

Bij een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist of een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een andere zorgverlener? Dan vergoeden wij de kosten niet.

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

## 20.3. Sportmedisch advies

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

### Hier kunt u terecht

Bij een sportarts (medisch specialist).

## 20.4. Consult en advies voor vrouwen

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen met gezondheidsproblemen die veroorzaakt worden door het hormonale systeem zoals de overgang of de menstruatie.

### Hier kunt u terecht

Bij een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies over vrouwen en hormonen.



# ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE

## Artikel 21. Zwangerschaps cursussen

### Dit krijgt u vergoed

Als u zwanger bent of wilt worden, dan vergoeden wij de kosten van:

1. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger.
2. Cursussen die:
  - u voorbereiden op de bevalling;
  - uw lichamelijke herstel na de bevalling bevorderen (maximaal 6 maanden na de bevalling).

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

### Hier kunt u terecht

Bij een:

- Thuis- of kraamzorgorganisatie
- Verloskundige(-praktijk)
- Yogadocent die is aangesloten bij de Vereniging Yogadocenten Nederland (VYN)
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die is aangesloten bij ZwangerFit®
- Haptonoom die is aangesloten bij de Vereniging Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders (VHZZB)
- Cursusleider die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor HypnoBirthing® Cursusleiders (NVHBC)
- Cursusleider die is aangesloten bij de vereniging Samen Bevallend

## Artikel 22. Kraampakket

### Dit krijgt u vergoed

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

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	een kraampakket in natura	een kraampakket in natura

## Artikel 23. Lactatiekundig consult

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van een lactatiekundig consult voor u als u problemen heeft met de borstvoeding.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 200 per bevalling	maximaal € 200 per bevalling

### Hier kunt u terecht

Bij een lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

### Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van verloskundige, kraamzorgorganisatie, consultatiebureau-arts of Jeugdgezondheidszorg-verpleegkundige.





## Artikel 24. Nazorg moeder en pasgeborene of ondersteuning bij adoptie

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

- nazorg als u of uw baby in het ziekenhuis heeft gelegen tijdens de reguliere eerste 10 dagen van de kraamtijd en u daardoor niet de juiste zorg heeft ontvangen. De vergoeding geldt dan vanaf de 11de dag na de geboorte of meteen nadat de baby uit het ziekenhuis komt.
- noodzakelijke ondersteuning en advisering over de verzorging van uw geadopteerde baby van jonger dan 3 maanden.

In beide gevallen stelt de kraamzorgorganisatie het aantal noodzakelijke uren zorg vast.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal 12 uur per bevalling of adoptie	maximaal 16 uur per bevalling of adoptie

### Hier kunt u terecht

Bij een gediplomeerd kraamverzorgende of verpleegkundige.

## Artikel 25. Borstkolf

### Dit krijgt u vergoed

De (huur)kosten van een (elektrische) borstkolf.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 80 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	maximaal € 80 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

## Artikel 26. Eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak

### Dit krijgt u vergoed

De kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis of een geboortecentrum.

U krijgt het verschil vergoed tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

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



# HUIDTHERAPIE

## Artikel 27. Budget huidbehandelingen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor acnebehandeling, camouflagetherapie en ontharen zoals hierna beschreven in Artikel 27.1, Artikel 27.2 en Artikel 27.3.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 500 per kalenderjaar	maximaal € 500 per kalenderjaar

### 27.1. Acnebehandeling

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van behandeling van ernstige vormen van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

#### Hier kunt u terecht

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

### 27.2. Camouflagetherapie

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van behandeling om littekens, spataderen en huidaandoeningen met kleurafwijkingen minder opvallend te maken. Ook de benodigde middelen krijgt u vergoed. Behandeling van het gezicht en/of de hals is alleen mogelijk bij ernstige (blijvende) ontsieringen.

#### Hier kunt u terecht

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

### 27.3. Ontharen

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van behandeling om extreme haargroei in het gezicht definitief te verwijderen.

#### Hier kunt u terecht

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



## Artikel 28. Budget hulpmiddelen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor hulpmiddelen zoals hierna beschreven in Artikel 28.1 t/m Artikel 28.7.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 250 per kalenderjaar	maximaal € 250 per kalenderjaar

### 28.1. Batterijen hoorhulpmiddelen

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van batterijen, losse oplaadbare batterijen en bijbehorende opladers voor hoorhulpmiddelen die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

### 28.2. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

#### Dit krijgt u vergoed

Maximaal 2 tijdelijke hand- en/of vingerspalken. De spalk wordt gebruikt om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.



#### Let op

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

#### Hier kunt u terecht

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

### 28.3. Mammaprothese

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese-BH en een prothesebadpak die worden gebruikt na een borstamputatie. Ook schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips krijgt u vergoed.

### 28.4. Pruiken of mutssja's

#### Dit krijgt u vergoed

Het verschil tussen het bedrag dat de leverancier bij u in rekening brengt voor een pruik en de vergoeding die u daarvoor ontvangt vanuit de zorgverzekering. Als u een indicatie heeft 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.

### 28.5. Steunpessarium

#### Dit krijgt u vergoed

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



## 28.6. Plaswekker van 6 tot 18 jaar

### Dit krijgt u vergoed

De (huur)kosten van een plaswekker bij nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde broekjes en bandages. De vergoeding is eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering.

### Hier kunt u terecht

Bij een leverancier van plaswekkers.

## 28.7. ADL-Hulpmiddelen

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van ADL-Hulpmiddelen als u een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis heeft. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals bijvoorbeeld de kleine hulpmiddelen die nodig zijn om uzelf te kunnen wassen, aankleden en drogen, voor de toiletgang en kleine hulpmiddelen bij het koken en eten. Een volledige lijst met hulpmiddelen die wij vergoeden vindt u op onze website.

### Hier kunt u terecht

Bij een leverancier van hulpmiddelen.

### Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van de ergotherapeut. De ergotherapeut beoordeelt welke ADL-Hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

## Artikel 29. Eenvoudige loophulpmiddelen

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van huur of aanschaf van krukken, looprek of drie- of vierpootwandelstok voor eigen gebruik.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal € 35 per kalenderjaar	maximaal € 35 per kalenderjaar	maximaal € 35 per kalenderjaar	maximaal € 35 per kalenderjaar

### Hier kunt u terecht

Bij een leverancier van hulpmiddelen.

## Artikel 30. Flapoorcorrectie tot 18 jaar

### Dit krijgt u vergoed

Correctie van uitstaande oorschelpen (flaporen) voor verzekerden tot 18 jaar.

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

### Hier kunt u terecht

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

### Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts of medisch specialist.

## Artikel 31. Ooglidcorrectie

### Dit krijgt u vergoed

Een bovenooglidcorrectie of **levatorplastiek** :

- als u recht vooruit kijkt en uw pupil een derde wordt bedekt door de onderrand van uw bovenooglid of de overhangende huidplooi;
- als u duidelijk een beperkt zijwaarts gezichtsveld heeft. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van uw oog, of;
- bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van uw bovenooglid.

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

### Hier kunt u terecht

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

### Dit moet u zelf regelen

1. Een verwijfsbrief van huisarts of medisch specialist.
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag hebben wij een toelichting van uw medisch specialist nodig over de aard en omvang van de afwijking. Wij vragen u ook een foto mee te sturen waarop de afwijking goed zichtbaar is. Deze foto mag u zelf maken. Of u gebruikt de foto die gemaakt is in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

## Artikel 32. Buikwandcorrectie

### Dit krijgt u vergoed

Correctie van de buikwand als u een overhangende buikhuidplooi heeft waarbij smetten aannemelijk is. De diepte van de huidplooi moet 6 cm of meer zijn, gemeten aan de binnenzijde van de plooi. Daarnaast is het belangrijk dat uw gewicht in verhouding staat tot uw lichaamslengte. Uw BMI is maximaal 30. Voor een buikwandcorrectie na **bariatrische chirurgie** mag uw BMI niet hoger zijn dan 35 ( $\leq 35$ ).

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



**Hoe berekent u uw BMI**

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.

**Hier kunt u terecht**

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

**Dit moet u zelf regelen**

1. Een verwijfsbrief van huisarts of medisch specialist
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend specialist meesturen over de aard en omvang van de afwijking.

## PSYCHOLOGISCHE ZORG

### Artikel 33. Mindfulness bij burn-outklachten vanaf 18 jaar

**Dit krijgt u vergoed**

De kosten van een 8-weekse training **Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)** of **Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)**. U heeft recht op deze training als u 18 jaar of ouder bent en burn-out klachten heeft.

**MBCT en MBSR**

Deze therapieën combineren de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie met meditatie en yoga.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal € 350 per kalenderjaar	maximaal € 350 per kalenderjaar	maximaal € 350 per kalenderjaar	maximaal € 350 per kalenderjaar

**Hier kunt u terecht**

Bij een mindfulnessstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) met **lidmaatschap categorie 1**. U vindt deze trainers op de website van deze vereniging ([www.vmbn.nl](http://www.vmbn.nl)).

U kunt uw vordering op ons voor mindfulness bij burn-out klachten niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

**Dit moet u zelf regelen**

Een verwijfsbrief van huisarts of bedrijfsarts.



# VOETBEHANDELINGEN

## Artikel 34. Budget voetbehandelingen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor voetbehandelingen en voor podotherapie zoals hierna beschreven in Artikel 34.1 en Artikel 34.2.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 100 per kalenderjaar	maximaal € 200 per kalenderjaar

### 34.1. Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. voetbehandelingen voor verzekerden met reuma (reumatoïde artritis);
2. voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1. Dit zijn behandelingen om (pijn)klachten en wonden door huid- en nagelaandoeningen en/of door overmatige druk op voet of nagels te verminderen of te voorkomen. Uw podotherapeut of pedicure moet het **zorgprofiel** op de nota vermelden.

#### Dit krijgt u niet vergoed

De kosten van voetzorg voor diabetici met zorgprofiel 1 die niet in het behandelplan staat. Hieronder valt bijvoorbeeld het knippen van nagels en het verwijderen van eelt dat geen risico geeft op een wond, het masseren van voeten en andere verzorgende behandelingen.



#### Let op

Vanuit uw zorgverzekering heeft u recht op bepaalde voetzorg bij diabetes(diabetes mellitus). Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.

#### Hier kunt u terecht

Bij een:

1. **podotherapeut** die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici;
2. medisch pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
3. pedicure met aantekening 'Reumatische voet' of 'Diabetes voet';
4. pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo;
5. pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

### 34.2. Podotherapie

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van behandelingen van voetafwijkingen. Dit zijn: huid- en nagelaandoeningen, voetklachten of klachten aan het houdings- en bewegingssysteem door een afwijkend functioneren en/of afwijkende stand van de voeten.

#### Hier kunt u terecht

Bij een podotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

## Artikel 35. Steunzolen en therapiezolen

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van steunzolen en therapiezolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U heeft ook recht op een tegemoetkoming in de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.



Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 125 per kalenderjaar	maximaal € 125 per kalenderjaar

#### Hier kunt u terecht

Bij een podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM). SEMH staat voor Stichting Erkenningregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen.

## VOEDINGSADVIES

### Artikel 36. Diëtetiek

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 3 behandeluren diëtetiek per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal 1 behandeluur per kalenderjaar uw zorgverlener declareert de behandeluur in kwartieren.	maximaal 1 behandeluur per kalenderjaar uw zorgverlener declareert de behandeluur in kwartieren.	maximaal 1 behandeluur per kalenderjaar uw zorgverlener declareert de behandeluur in kwartieren.	maximaal 1 behandeluur per kalenderjaar uw zorgverlener declareert de behandeluur in kwartieren.

#### Hier kunt u terecht

Bij een diëtist.



#### Let op

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

### Artikel 37. Gewichtconsulent

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal € 50 per kalenderjaar	maximaal € 50 per kalenderjaar	maximaal € 50 per kalenderjaar	maximaal € 50 per kalenderjaar

#### Hier kunt u terecht

Bij een gewichtconsulent die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN). Op [www.gewichtconsulenten.nl](http://www.gewichtconsulenten.nl) kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.



## VERBLIJF BUITENSHUIS

### Artikel 38. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. verblijf in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland, als uw kind of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis. Voorbeelden van familiehuizen speciaal voor kinderen zijn de Ronald McDonaldhuizen en de Kiwanishuizen. Als uw kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan kunt u naar het Onthaaltehuis Ter Weijde.
2. verblijf in een logeerhuis als u 2 dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Het ziekenhuis bepaalt meestal of u in aanmerking komt voor verblijf in een familiehuis of logeerhuis.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	maximaal € 45 per nacht	maximaal € 45 per nacht	maximaal € 45 per nacht

### Artikel 39. Verblijf in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of familiehuis Daniël den Hoed

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van verblijf in het gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of het familiehuis Daniël den Hoed als u poliklinisch onder behandeling bent in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of Daniël den Hoed.

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



Vanuit de zorgverzekering heeft u in bepaalde situaties recht op zittend ziekenvervoer. Bent u tenminste 3 achtereenvolgende dagen aangewezen op dit vervoer, dan kunt u ook kiezen voor een vergoeding voor logeerkosten in plaats van een vergoeding voor vervoer.

## PALLIATIEVE ZORG

### Artikel 40. Hospice

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van 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.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal € 40 per dag	maximaal € 40 per dag	maximaal € 40 per dag	maximaal € 40 per dag

#### Hier kunt u terecht

Bij 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. U vindt de door ons erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen op onze website.



## Artikel 41. Herstellingsoorden en zorghotels

### Dit krijgt u vergoed

**Verblijf** in een herstellingsoord of **zorghotel** als:

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

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 100 per dag tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar	maximaal € 100 per dag tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar

### Hier kunt u terecht

Het verblijf vraagt u aan bij onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website. Onze medewerker bespreekt met u of u aanspraak kunt maken op eerstelijnsverblijf vanuit de Zorgverzekeringswet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) of Wet Langdurige Zorg (Wlz) en verwijst u mogelijk naar een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels vindt u op onze website.

### Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van een huisarts of medisch specialist bij herstel van (mentale) overbelasting of burn-out (zoals beschreven onder Dit krijgt u vergoed, punt 3).

## Artikel 42. Behandeling in een kuuroord

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van een behandeling in een kuuroord voor de indicaties: ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis, artritis psoriatica of morbus Forestier. Bij behandeling in een kuuroord in Nederland geldt dat u minimaal 2 weken in het kuuroord verblijft. De kosten van uw verblijf in het kuuroord worden niet vergoed.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal € 900 per kalenderjaar	maximaal € 900 per kalenderjaar

### Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen kuuroord. Een overzicht van de door ons aangewezen kuuroorden vindt u op onze website.

### Dit moet u zelf regelen

1. Een verwijfsbrief van de reumatoloog.
2. U heeft voorafgaande aan de behandeling toestemming van ons nodig.



## Artikel 43. Huishoudelijke hulp vanaf 18 jaar

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van hulp bij het huishouden in Nederland voor verzekerden vanaf 18 jaar aansluitend op uw ziekenhuisopname met minimaal één overnachting.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal 12 uur per kalenderjaar; maximaal € 16 per uur	maximaal 12 uur per kalenderjaar; maximaal € 16 per uur

1. U heeft recht op deze kosten tot maximaal 2 maanden na ziekenhuisopname.
2. De hulp wordt geleverd op uw woonadres, zoals dat bij ons bekend is.
3. Onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging.

### Hier kunt u terecht

Bij een erkende thuiszorgorganisatie of een door ons aangewezen organisatie. Een overzicht van de aangewezen organisaties vindt u op onze website.

## Artikel 44. Mantelzorgmakelaar

### Dit krijgt u vergoed

Een mantelzorgmakelaar zorgt tijdelijk voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar neemt in overleg met de mantelzorger regeltaken rond zorg, welzijn of financiën over om te voorkomen dat de mantelzorger overbelast raakt. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

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

De hulp van een mantelzorgmakelaar komt eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De mantelzorger óf degene die de mantelzorg ontvangt kan de verleende diensten declareren. Niet allebei.

### Hier kunt u terecht

Bij onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website. Onze medewerkers verwijzen u – als dat nodig is – naar een zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM). Gaat u zonder verwijzing van onze medewerkers naar een (zelfstandig werkend) mantelzorgmakelaar, dan vergoeden wij de kosten niet.



#### Stel uw vraag over mantelzorg aan ons

Of u nu mantelzorger bent of mantelzorg ontvangt, u kunt met uw vragen terecht bij de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. 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.

## Artikel 45. Vervangende mantelzorg

### Dit krijgt u vergoed

Tijdelijke overname van de zorg van een **mantelzorger**, zodat de mantelzorger even vrij kan zijn. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of als u mantelzorger bent. De vervangende mantelzorg vraagt u aan voor minimaal 1 dag.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal 10 dagen per kalenderjaar	maximaal aantal 10 per kalenderjaar	maximaal 10 dagen per kalenderjaar	maximaal 10 dagen per kalenderjaar



### Let op

Vraagt u voor de eerste keer mantelzorg aan? Doe dit dan 8 weken voordat u of uw mantelzorger weggaat. Deze tijd is nodig om alles zo goed mogelijk te regelen.

### Hier kunt u terecht

Vervangende mantelzorg vraagt u aan bij onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website. Onze medewerkers verwijzen u naar een organisatie. Gaat u zonder verwijzing van onze medewerkers naar een organisatie die vervangende mantelzorg biedt? Dan vergoeden wij de kosten niet.

## VERVOER

### Artikel 46. Vervoer bij orgaantransplantatie

### Dit krijgt u vergoed

Taxivervoer of kosten van eigen vervoer tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u in behandeling bent voor een orgaantransplantatie. U krijgt deze vergoeding alleen als de kostenvergoeding voor dit vervoer niet onder de zorgverzekering valt. Het betreft de volgende zorg: **pre-transplantatieonderzoek**, opnames en nacontroles. Voor de berekening van de afstand gaan we uit van de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	<ul style="list-style-type: none"><li>taxivervoer: volledig;</li><li>vervoer per eigen auto: € 0,32 per kilometer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>taxivervoer: volledig;</li><li>vervoer per eigen auto: € 0,32 per kilometer</li></ul>

### Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde vervoerder. Gaat u naar een vervoerder waarmee wij geen contract hebben? Dan krijgt u geen vergoeding. Een overzicht van de door ons gecontracteerde vervoerders vindt u op onze website.

### Dit moet u zelf regelen

- U heeft een voorschrift van een huisarts of medisch specialist nodig en
- U heeft vooraf onze toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruikmaken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website.



### Let op

Het vervoer van de donor vergoeden we niet.



# OOGLASEREN EN LENSIMPLATATIE

## Artikel 47. Ooglaseren en lensimplantatie

### Dit krijgt u vergoed

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

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding	maximaal €500 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

# PATIENTENVERENIGING

## Artikel 48. Lidmaatschap

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Patiënten Federatie Nederland of koepelorganisatie Ieder(in) of lidmaatschap van een door ons aangewezen organisatie. We vergoeden één lidmaatschap per jaar. Een overzicht van de door ons aangewezen organisaties vindt u op onze website.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal € 25 per kalenderjaar	maximaal € 25 per kalenderjaar	maximaal € 25 per kalenderjaar	maximaal € 25 per kalenderjaar

### Dit moet u zelf regelen

Bij de nota stuurt u een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs mee.



#### Vergoeding lidmaatschap

Om uw declaratie soepel te kunnen verwerken, hebben wij de volgende informatie van u nodig.

Op de kopie van het bewijs van inschrijving staat duidelijk vermeld:

- naam van de patiëntenvereniging of de door ons aangewezen organisatie
- uw lidmaatschapsnummer
- uw klantnummer, uw naam en geboortedatum

Op het bewijs van betaling staat duidelijk vermeld:

- naam van de patiëntenvereniging of de door ons aangewezen organisatie
- uw lidmaatschapsnummer
- het door u betaalde bedrag, uw naam en geboortedatum
- de looptijd van het lidmaatschap (periode en jaar).



## MONDZORG

### Artikel 49. Tandheelkundige zorg

U krijgt 1 budget dat u kunt inzetten voor de volgende tandheelkundige zorg:

- Periodieke controle en probleemgericht consult Artikel 49.1
- Algemene tandheelkundige zorg Artikel 49.2
- Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen Artikel 49.3

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal € 200 per kalenderjaar.	maximaal € 500 per kalenderjaar.	maximaal € 1.300 per kalenderjaar.	maximaal € 2.000 per kalenderjaar.

#### 49.1. Periodieke controle en probleemgericht consult

##### Dit krijgt u vergoed

- De periodieke controle (C11)
- Het probleemgericht consult (C13)

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
100 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

##### Dit krijgt u niet vergoed

- C84 (voorbereiding narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 en E98 (uitwendig bleken)

##### Hier kunt u terecht

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

#### 49.2. Algemene tandheelkundige zorg

##### Dit krijgt u vergoed

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consulten en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
100 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

### Hier kunt u terecht

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

Voor eenvoudige **extracties** en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg.

## 49.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

### Dit krijgt u vergoed

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

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	geen vergoeding	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

### Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg.

## Artikel 50. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van orthodontische zorg.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	80 % tot maximaal € 3.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	80 % tot maximaal € 3.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	80 % tot maximaal € 3.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

### Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes.



## Artikel 51. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van orthodontische zorg.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	100% tot maximaal € 300 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	100% tot maximaal € 300 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering	100% tot maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

### Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes.

## Artikel 52. Tandheelkundige kosten door een ongeval

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld op uw lichaam, van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering Zorg voor de Zorg, + Extra 1, + Extra 2 en + Extra 3. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval gebeurt. 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.

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval

### Wat krijgt u niet vergoed

De kosten:

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

### Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of kaakchirurg in Nederland.

### Dit moet u zelf regelen

U heeft van tevoren onze toestemming nodig. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een ingevuld formulier 'vragenformulier ongeval', een behandelplan met kostenbegroting en röntgenfoto's van de schade aan uw gebit zitten. Uw tandarts of kaakchirurg moet het behandelplan opstellen.



# III. IZZ Bijzonder bewust

## ALTERNATIEVE ZORG

### Artikel 1. Alternatieve zorg

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. behandelingen en consulten die vallen onder acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen, antroposofische alternatieve geneeswijzen, chiropractie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn, homeopathie, manuele therapie E.S, musculoskeletale geneeskunde, natuurgeneeswijzen, osteopathie en psychosociale zorg
2. Homeopathische of antroposofische (genees)middelen die
  - volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd
  - in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben

---

#### Bijzonder Bewust

---

- maximaal € 150 per kalenderjaar;
  - voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag
- 

#### Dit krijgt u niet vergoed

Onder alternatieve zorg vallen niet de consulten en (groeps-)behandelingen voor:

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

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek;
- onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

#### Hier kunt u terecht

Voor behandelingen en consulten kunt u alleen terecht bij een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht hiervan vindt u op onze website.

Voor de geneesmiddelen kunt u naar een apotheker. Een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.

#### Welk middel wordt vergoed?

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgverlener opvragen en contact met ons opnemen. Ons telefoonnummer vindt u op onze website. Met dit nummer kunnen wij voor u kijken 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.



## Artikel 2. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

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

### Bijzonder Bewust

maximaal 5 behandelingen per kalenderjaar

### Dit krijgt u niet vergoed

- Arbocuratieve zorg en re-integratietrajecten ;
- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysio-fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

### Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

#### Jonger dan 18 jaar

- Chronische aandoeningen: alle behandelingen.
- Niet-chronische aandoeningen: de 1e 18 behandelingen.

#### 18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.
- Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie: de 1e 9 behandelingen
- Oefentherapie:

\* Bij etalagebenen: de 1e 37 behandelingen

\* Bij artrose van heup- of kniegewricht: de 1e 12 behandelingen

\* Bij COPD vanaf stadium Gold II: de zorgverzekering vergoedt een maximaal aantal behandelingen oefentherapie.

De behandelingen oedeemtherapie die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet uit uw aanvullende verzekering vergoed. Dit geldt voor:

#### 18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.

### Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.



#### Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

## BRILLEN EN LENZEN

### Artikel 3. Budget voor bril of lenzen bij een niet-gecontracteerde leverancier

#### Dit krijgt u vergoed

De aanschafkosten van een bril of lenzen op sterkte bij een opticien waarmee we geen contract hebben gesloten.

---

#### Bijzonder Bewust

maximaal € 50 per 3 kalenderjaren

---

De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen hebt gekocht en de twee hieraan voorafgaande kalenderjaren. De kosten voor het aanmeten worden alleen vergoed als ze onderdeel uit maken van de aanschaf.

#### Dit krijgt u niet vergoed

- Een complete bril als u kiest voor een budget voor bril of lenzen bij een niet-gecontracteerde leverancier
- Een bril of lenzen als u in de afgelopen 3 jaar al een vergoeding voor een bril of lenzen heeft gekregen uit de aanvullende verzekering.

### Artikel 4. Complete bril bij gecontracteerde leverancier

#### Dit krijgt u vergoed

Een enkelvoudige of multifocale complete bril op sterkte van een gecontracteerde leverancier. In het Reglement gezichtshulpmiddelen vindt u de lijst met leveranciers.

---

#### Bijzonder Bewust

een bril uit het basis assortiment per 3 kalenderjaren

---

De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril hebt gekocht en de twee hieraan voorafgaande kalenderjaren. De kosten voor het aanmeten worden alleen vergoed als ze onderdeel uit maken van de aanschaf.

#### Dit krijgt u niet vergoed

- Een budget voor bril of lenzen bij een niet-gecontracteerde leverancier als u kiest voor een complete bril
- Een bril of lenzen als u in de afgelopen 3 jaar al een vergoeding voor een bril of lenzen heeft gekregen uit de aanvullende verzekering.



## Artikel 5. Tandheelkundige zorg

U krijgt 1 budget dat u kunt inzetten voor de volgende tandheelkundige zorg:

- Periodieke controle en probleemgericht consult Artikel 5.1
- Algemene tandheelkundige zorg Artikel 5.2

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

---

### Bijzonder Bewust

---

maximaal € 250 per kalenderjaar

---

### 5.1. Periodieke controle en probleemgericht consult

#### Dit krijgt u vergoed

- De periodieke controle (C11)
- Het probleemgericht consult (C13)

---

### Bijzonder Bewust

---

100% tot maximaal het budget tandheelkundig zorg

---

#### Hier kunt u terecht

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

### 5.2. Algemene tandheelkundige zorg

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consulten en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

---

### Bijzonder Bewust

---

100% tot maximaal het budget tandheelkundig zorg

---

#### Dit krijgt u niet vergoed

- C84 (voorbereiding narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 en E98 (uitwendig bleken)

#### Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg.





## Artikel 6. Tandheelkundige kosten door een ongeval

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld op uw lichaam, van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering IZZ Bijzonder Bewust. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval gebeurt. 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.

---

### Bijzonder Bewust

---

maximaal € 10.000 per ongeval

---

### Wat krijgt u niet vergoed

De kosten:

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

### Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of kaakchirurg in Nederland.

### Dit moet u zelf regelen

U heeft van tevoren onze toestemming nodig. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is.

Bij uw aanvraag voor toestemming moet een ingevuld formulier 'vragenformulier ongeval', een behandelplan met kostenbegroting en röntgenfoto's van de schade aan uw gebit zitten. Uw tandarts of kaakchirurg moet het behandelplan opstellen.



# IV. IZZ Kies zelf

## FYSIOTHERAPIE

### Artikel 7. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie

#### Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

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

IZZ Fysio Goed	IZZ Fysio Beter
<ul style="list-style-type: none"><li>• maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar;</li><li>• voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar;</li><li>• voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.</li></ul>

#### Dit krijgt u niet vergoed

- Arbocuratieve zorg en re-integratietrajecten ;
- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.



#### Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

##### Jonger dan 18 jaar

Chronische aandoeningen: alle behandelingen.

Niet-chronische aandoeningen: de 1e 18 behandelingen.

##### 18 jaar en ouder

Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie: de 1e 9 behandelingen

Oefentherapie:

- Bij etalagebenen: de 1e 37 behandelingen
- Bij artrose van heup- of kniegewricht: de 1e 12 behandelingen
- Bij COPD vanaf stadium Gold II: de zorgverzekering vergoedt een maximum aantal behandelingen oefentherapie.

De behandelingen oedeemtherapie die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet uit uw aanvullende verzekering vergoed. Dit geldt voor:

##### 18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.

#### Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen



niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.



#### Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

## BUITENLAND

### Artikel 8. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

#### Dit krijgt u vergoed

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u uit de zorgverzekering ontvangt. Dit is zorg die u onverwacht nodig heeft en die u niet kunt uitstellen tot u terug bent in Nederland. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is om zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het **ongeval** te krijgen.

#### U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. De IZZ Alarmcentrale beoordeelt dit;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

IZZ Buitenland
volledig

#### Dit moet u zelf regelen

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling nodig heeft moet u de IZZ Alarmcentrale (laten) inschakelen. U vindt het telefoonnummer in de Zorg app, op uw zorgpas of op onze website.



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](http://www.XE.com).

### 8.1. Repatriëring

#### Dit krijgt u vergoed

Uw medisch noodzakelijk vervoer of – na uw overlijden – het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van:

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

De alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

IZZ Buitenland
volledig



### Dit krijgt u niet vergoed

Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Hier kunt u terecht

Bij de IZZ Alarmcentrale. Verzorgt de IZZ Alarmcentrale de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de Zorg app, op uw zorgpas of op onze website.

## MONDZORG

### Artikel 9. Tandheelkundige zorg

U krijgt 1 budget dat u kunt inzetten voor de volgende tandheelkundige zorg:

- Periodieke controle en probleemgericht consult Artikel 9.1
- Algemene tandheelkundige zorg Artikel 9.2
- Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen Artikel 9.3

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

IZZ Tand Goed	IZZ Tand Beter
maximaal € 250 per kalenderjaar.	maximaal € 500 per kalenderjaar.

#### 9.1. Periodieke controle en probleemgericht consult

##### Dit krijgt u vergoed

- De periodieke controle (C11)
- Het probleemgericht consult (C13)

IZZ Tand Goed	IZZ Tand Beter
100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

##### Hier kunt u terecht

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

#### 9.2. Algemene tandheelkundige zorg

##### Dit krijgt u vergoed

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consulten en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

IZZ Tand Goed	IZZ Tand Beter
75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	75% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is



#### Dit krijgt u niet vergoed

C84 (voorbereiding narcose)  
A20 (algehele narcose of sedatie)  
E97 en E98 (uitwendig bleken)

#### Hier kunt u terecht

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

Voor eenvoudige **extracties** en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg.

### 9.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

#### Dit krijgt u vergoed

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

IZZ Tand Goed	IZZ Tand Beter
75% vergoed tot uw budget voor tandheilkundige zorg op is	75% vergoed tot uw budget voor tandheilkundige zorg op is

#### Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg.

## Artikel 10. Eigen bijdrage kunstgebit

#### Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknoppen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

IZZ Tand Goed	IZZ Tand Beter
volledig	volledig



# V. Begrippen

**Aanvullende verzekering:** de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekeringen, die als aanvulling op de IZZ Basisverzekering gesloten worden.

**Arbocuratieve zorg:** zorg die gericht is op genezing en behandeling van lichamelijke aandoeningen die te maken hebben met werk.

**Bariatrische chirurgie:** een operatie die u helpt om af te vallen, bijvoorbeeld een maagverkleining.

**Beëdigd vertaler:** dit is een vertaler die bevoegd is om gewaarmerkte vertalingen te maken. Dit is nodig bij de vertaling van officiële documenten zoals medische verklaringen en documenten van de burgerlijke stand. Beëdigde vertalers staan in het Register beëdigde tolken en vertalers (Rbtv), [www.bureauwbvtv.nl](http://www.bureauwbvtv.nl)

**BMI (Body Mass Index):** je BMI laat zien of je gewicht gezond is in relatie tot je lengte.

**Chiropractie:** benadrukt de wisselwerking tussen het zenuwstelsel (hersenen, ruggenmerg en zenuwen) en het bewegingsapparaat en daarmee samenhangende klachten. In Nederland is chiropractor een vrij beroep.

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

**Complete bril:** we noemen dit ook wel een volledige bril. Het is een enkelvoudige of multifocale bril. Afhankelijk van uw behoefte. De glazen zijn ontspiegeld en hebben een anti-kraslaag. U kunt kiezen uit een breed assortiment dat per opticien en aanvullende verzekering kan verschillen.

**Craniosacraaltherapie:** de Amerikaanse arts John E. Upledger heeft deze therapie in de jaren zeventig bedacht. Hij ging ervan uit dat veel ziektes ontstaan door een afwijking in het bindweefsel en door de wisselende druk in het hersenvocht die kan ontstaan door blokkades. Het is onduidelijk waarop dit precies gebaseerd is. Bij de behandeling manipuleert de therapeut vaak aan de hals en wervelkolom. Kranion betekent schedel, sacrum is het heiligbeen.

**Diagnose-behandelcombinatie (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 zorgverlener 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.

**Dixhoorn, ontspannings- en ademhalingstherapie:** de methode van Dixhoorn gaat uit van het behandelen van spanningsklachten. De ademhaling staat centraal.

**Ergotherapeut:** een ergotherapeut adviseert en traint mensen die moeilijkheden hebben met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Bijvoorbeeld omdat ze dement zijn of niet-aangeboren hersenletsel hebben.

**Extracties:** het trekken of verwijderen van een tand of kies.

**Filterglazen:** dit zijn speciale glazen met een filter. Zo heeft een zonnebril een UV-filter. Er bestaan ook hele speciale filterglazen voor medische toepassingen

**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.

**Geneesmiddelenvergoedingssysteem:** hierin staan alle geregistreerde geneesmiddelen die zorgverzekeraars vanuit de zorgverzekering vergoeden.

**Haptotherapie:** leert je ontdekken wat je voelt. De haptotherapeut moet een hbo-opleiding hebben afgerond. Hij is een officiële zorgverlener die is aangesloten bij de beroepsvereniging VVH.

**Hoorhulpmiddelen:** dit zijn hulpmiddelen die u helpen als u slecht hoort. Denk aan een gehoorapparaat of een apparaat dat suizen vermindert.

**Honorarium:** salaris

**Implantologie:** tandheelkunde die tot doel heeft een of meerdere tanden te vervangen door tandimplantaten. Implantaten zijn kunstmatige wortels die in het bot geplaatst worden, deze worden na het plaatsen voorzien van bijvoorbeeld een kroon.

**Instelling:**

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

**Lactatiekundige NVL:** een lactatiekundige is een professioneel opgeleide borstvoedingsspecialist en geeft moeders deskundige hulp bij het geven van borstvoeding. De beroepsvereniging is de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL), zij bewaken de kwaliteit van het vak.

**Levatorplastiek:** bovenooglidcorrectie waarbij het hefspieltje van het bovenooglid strakker gemaakt wordt waardoor het beter zijn functie kan uitoefenen en het oog beter open gaat.

**Lidmaatschap categorie 1:** gekwalificeerde mindfulnesstrainers aangesloten bij de VMBN worden op basis van de specifieke opleiding en ervaring ingedeeld. Categorie 1 zegt iets over de kwaliteit en duur van de opleiding.

**Mammaprothese:** een uitwendig hulpmiddel dat de borst volledig of gedeeltelijk vervangt.

**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.

**Mesostructuur:** een constructie, die zich tussen implantaten (of natuurlijke tanden en kiezen) en het kunstgebit bevindt. Deze structuur kan bestaan uit drukknoppen of magneten op implantaten of uit een staaftconstructie waarmee de implantaten met elkaar verbonden zijn.

**Mijn Omgeving:** persoonlijke online omgeving om verzekeringsgegevens in te zien en te wijzigen.

**Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT):** therapie die zich specifiek richt op het ontwikkelen van een andere houding tegenover problemen. Deze houding kenmerkt zich door nauwkeurig waarnemen, toelaten, niet-reageren en niet-oordelen waardoor er ruimte komt voor acceptatie.

**Mindfulness Bases Stress Reduction (MBSR):** een training in aandacht met als doel spanningsklachten te verminderen.

**Musculoskeletale geneeskunde:** geneeskunde die vooral gericht is op klachten die te maken hebben met bewegen en houding. De therapeut manipuleert de stand van bijvoorbeeld het bekken of de wervels. Zo kan hij de stand van deze botten 'aanpassen' en de klachten misschien verhelpen.

**Oefentherapeut Cesar/Mensendieck:** de oefentherapeut is specialist in het aanleren van gezond beweeggedrag. Gericht op het behandelen en voorkomen van klachten die kunnen ontstaan door een verkeerde houding en beweging tijdens dagelijkse activiteiten.

**Ongeval:** een onverwachte gebeurtenis die leidt tot schade en/of letsel.

**Osteopathie:** is een alternatieve geneeswijze, die er van uitgaat dat een verminderde beweeglijkheid van weefsels en structuren in het lichaam een nadelige invloed op de gezondheid heeft. Met corrigerende handgrepen wordt de oorzaak van de klachten aangepakt.

**Podotherapie:** behandelt mensen met voet-, rug- of knieklachten.

**Polisblad:** document waarop staat waarvoor en hoe je verzekerd bent.

**Pretransplantatieonderzoek:** onderzoek om te beoordelen of uw conditie goed genoeg is om een ingrijpende operatie als een transplantatie goed te doorstaan.

**Re-integratie:** het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces

**Schriftelijk:** betekent in deze verzekeringsvoorwaarden op papier maar ook per e-mail.

**Sedatie:** verdoving

**Termijnbetalingskorting:** betalingskorting bij vooruit betalen.

**Toestemming (machtiging):** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg. Deze toestemming krijgt u van ons of namens ons. U moet de toestemming aanvragen voordat u die bepaalde zorg afneemt.

**Torische lens:** een lens met verschillende vlakken en zwaartes. Wanneer het hoornvlies niet perfect rond is, kan dit zorgen voor oogproblemen. Het zicht kan wazig worden, het onderscheiden van details kan lastig zijn en verticale lijnen lijken te kantelen. Torische lenzen corrigeren deze problemen.



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

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

**Verzekerde:** degene voor 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.

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

**Wettelijke eigen bijdrage:** u betaalt soms een deel van de zorg zelf, bijvoorbeeld bij een kunstgebit of hoortoestel. De overheid bepaalt hoe hoog de eigen bijdrage is en waarvoor u deze bijdrage betaalt.

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

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

**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.

**Zorgverzekeraar, de/VGZ:** VGZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09156723. De zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandse Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. De zorgverzekeraar is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'.

**Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.





Over uw verzekering

**vgz.nl/izz**

Algemene informatie

**izz.nl**

**De IZZ Zorgverzekering wordt uitgevoerd door VGZ**

IZZ is opgericht door werkgevers en werknemers in de zorg. Namens haar leden maakt IZZ afspraken over de premie, samenstelling en service van de IZZ Zorgverzekering. VGZ is de uitvoerder van de IZZ Zorgverzekering en regelt uw verzekeringszaken. Samen werken zij al meer dan 40 jaar aan de beste zorgverzekering voor u: de zorgverzekering van mensen in de zorg.

de  **zorgverzekering**<sup>®</sup> door   
van mensen in de zorg.