



IAK AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

Verzekeringsvoorwaarden 2010

Inhoudsopgave		Blz.
I	Algemeen gedeelte	2
1	Begripsomschrijvingen	2
2	Algemene bepalingen	5
3	Premie	7
4	Overige verplichtingen	8
5	Wijziging premie en voorwaarden	8
6	Ingang, duur en beëindiging	8
7	Uitsluitingen	9
8	Klachten en geschillen	10
9	Zorg- en wachtlijstbemiddeling	10
10	Slotbepaling	10
II	Werk & Zorg	11
III	Bewust	15
IV	Compact	19
V	Compleet	22
VI	Extra Compleet	28
VII	Comfort	35
VIII	Aanvullende verzekering Tandartskosten	41
IX	Aanvullende verzekering Ziekenhuisplus	42
X	Aanvullende verzekering Huishoudelijke hulp	43

Bescherming persoonsgegevens

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

Nederlands recht

Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Klachtenbehandeling

Voor klachten naar aanleiding van de verzekeringsovereenkomst kunt u zich schriftelijk wenden tot de:

- directie van de verzekeraar
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl)

I Algemeen gedeelte

1 Begripsomschrijvingen

In de hierna volgende verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

- 1.1 **Alternatieve en bijzondere geneeswijzen:** geneeswijzen die naar aard en behandelwijzen afwijken van reguliere geneeswijzen.
- 1.2 **Apotheekhoudend huisarts:** een huisarts aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.
- 1.3 **Apotheker:** degene die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid, van de Geneesmiddelenwet.
- 1.4 **Arts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.5 **AWBZ:** de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- 1.6 **Bedrijfsarts:** een arts die als bedrijfsarts geregistreerd staat in het Register van erkende Sociaal Geneeskundigen dat wordt bijgehouden door de Sociaal- Geneeskundige Registratie Commissie (SGRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbo-dienst of met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
- 1.7 **Bekkenfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als bekkentherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- 1.8 **Besluit zorgverzekering:** Besluit van 28 juni 2005 houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89 van de Zorgverzekeringswet.
- 1.9 **Collectief contractant:** de rechtspersoon of natuurlijke persoon waarmee de collectieve zorgovereenkomst van ziektekosten en/of zorgverzekering is aangegaan. Onder collectieve zorgovereenkomst wordt verstaan: een overeenkomst gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in de overeenkomst omschreven voorwaarden een IAK Zorgverzekering en eventuele IAK aanvullende verzekeringen te sluiten.
- 1.10 **Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.
- 1.11 **Eerstelijnspsycholoog:** een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- 1.12 **Europese Unie en EER-lidstaat:** hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- 1.13 **Fraude:** het plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.
- 1.14 **Fysiotherapeut:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.
- 1.15 **Geneesmiddelen:** de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.
- 1.16 **Gezin:** tot het gezin behoren: twee gehuwden, of geregistreerde partners, of duurzaam samenlevende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar, of een alleenstaande met een of meer kinderen zoals hierboven vermeld. Onder geregistreerd partner wordt verstaan de persoon waarmee verzekerde een geregistreerd partnerschap heeft laten registreren, tot stand gekomen via een akte van registratie van partnerschap opgemaakt door de ambtenaar van de burgerlijke stand; onder duurzaam samenlevend persoon wordt verstaan de persoon die tenminste een jaar aantoonbaar samenwoont met de verzekerde en daarmee een

gezamenlijke huishouding voert of een persoon die een samenlevingscontract met verzekerde heeft afgesloten waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter uitsluitende beoordeling staat van de zorgverzekeraar.

- 1.17 Gezondheidszorgpsycholoog:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.18 GGD:** de Gemeentelijke Gezondheidsdienst.
- 1.19 Huidtherapeut:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel huidtherapeut.
- 1.20 Hoofdverzekering:** de door verzekeringnemer bij de zorgverzekeraar afgesloten zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet.
- 1.21 Huisarts:** een arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 1.22 IAK Verzekeringen B.V.:** de gevolmachtigde agent aan wie door de zorgverzekeraar volmacht als bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend terzake van zorgverzekeringen.
- 1.23 IAK Zorgverzekering:** een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van de verzekeringsplichtige afgesloten zorgverzekering (ook wel hoofdverzekering) volgens de Zorgverzekeringswet en namens wie en voor wiens risico IAK verzekeringen B.V. als gevolmachtigde agent deze verzekering aanbiedt en uitvoert.
- 1.24 Instelling:**
- een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi);
 - een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, dan wel zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.
- 1.25 Jeugdpsycholoog:** degene die als jeugdpsycholoog is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- 1.26 Kaakchirurg:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.27 Kinderfysiotherapeut:** een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- 1.28 Kinderpsycholoog:** degene die als kinderpsycholoog is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands instituut van Psychologen (NIP).
- 1.29 Klinisch psycholoog:** een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.
- 1.30 Kraamcentrum:** een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.
- 1.31 Kraamverzorgende:** een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
- 1.32 Machtiging:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar wordt verstrekt ten behoeve van de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.
- 1.33 Manueel therapeut:** een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of degene die als manueel therapeut E.S.® is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).
- 1.34 Medisch specialist:** een arts die als medisch specialist is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 1.35 Mondhygiënist:** degene die op grond van artikel 14 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel mondhygiënist en/of met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
- 1.36 NZa:** Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
- 1.37 Oedeemtherapeut:** een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

- 1.38 Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck:** degene die op grond van artikel 18 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel oefentherapeut.
- 1.39 Orthodontist:** een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.40 Orthopedagoog-generalist:** degene die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
- 1.41 Overgangsconsulente:** een verpleegkundige die de specialistische opleiding gevolgd heeft tot overgangsconsulente bij de organisatie Care for Women of die aangesloten is bij de overgangspraktijk Women's Life.
- 1.42 Psychiater/zenuwarts:** een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het Specialistenregister, ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MRSC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- 1.43 Podotherapeut:** degene die op grond van artikel 26 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel podotherapeut.
- 1.44 Regeling zorgverzekering:** Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer Z/VV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, nr. 171.
- 1.45 RIAGG:** een Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.
- 1.46 Schoonheidsspecialist:** een schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging-B, aangevuld met voor camouflagetherapie het diploma Camouflage, voor elektrisch epilieren het diploma Elektrisch ontharen en voor behandeling van acne het diploma Acne.
- 1.47 Sportmedische instelling:** een instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).
- 1.48 Tandarts:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.49 Tandprotheticus:** degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus en/of met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
- 1.50 Verblijf:** verblijf met een duur van 24 uur of langer.
- 1.51 Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/ tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
- 1.52 Verloskundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.53 Verpleegkundige:** degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.54 Verzekerde:** degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.
- 1.55 Verzekering:** één of meerdere van de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven zorgverzekeringen, die als aanvulling op de IAK Zorgverzekering gesloten worden.
- 1.56 Verzekeringnemer:** degene die met de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.
- 1.57 Verzekeringsjaar:** het (kalender)jaar waarin de verzekering volgens de op het polisblad vermelde datum is ingegaan tot 1 januari van het daaropvolgende (kalender)jaar.
- 1.58 Voorkeursleverancier / voorkeursaanbieder:** een leverancier/zorgaanbieder waarmee/met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarmee/met wie specifieke afspraken zijn gemaakt.
- 1.59 Wet BIG:** Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- 1.60 Wmg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld of goedgekeurd door het NZa, volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
- 1.61 Zelfstandig behandelcentrum:** een instelling voor medisch specialistische zorg die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen(WTZi) en waarmee de zorgverzekeraar voor bepaalde vormen van zorg een overeenkomst heeft gesloten. Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.
- 1.62 Ziekenhuis:** een instelling voor medisch specialistische zorg die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) gestelde regels. Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

- 1.63 Zorghotel:** een door de zorgverzekeraar als zodanig gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24 uren zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, gegarandeerd zijn.
- 1.64 Zorgverzekeraar:** de zorgverzekeraar als genoemd op het polisblad of ander bewijs van verzekering, namens wie en voor wiens risico IAK Verzekeringen B.V. als gevolmachtigde agent zoals bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) deze verzekeringen aanbiedt en uitvoert.
- 1.65 Zorgverzekering:** een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 1.66 Zvw:** Zorgverzekeringswet.

2 Algemene bepalingen

2.1 Grondslag

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

- Werk & Zorg: hoofdstuk II;
- Bewust: hoofdstuk III;
- Compact: hoofdstuk IV;
- Compleet: hoofdstuk V;
- Extra Compleet: hoofdstuk VI;
- Comfort: hoofdstuk VII;
- Aanvullende verzekering Tandartskosten: hoofdstuk VIII;
- Aanvullende verzekering ZiekenhuisPlus: hoofdstuk IX;
- Aanvullende verzekering Huishoudelijke hulp: hoofdstuk X.

De aanvullende verzekeringen kunnen worden afgesloten door of ten behoeve van een verzekerde die woont in Nederland, tenzij de zorgverzekeraar anders bepaalt. De aanvullende verzekering Werk & Zorg is van toepassing indien en zolang dit in de collectieve zorgovereenkomst gesloten tussen de collectief contractant en de zorgverzekeraar is vastgelegd.

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

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

2.2 Collectieve zorgovereenkomst

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

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

2.3 Medische noodzaak

Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts indien en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence-Based-Medicine (EBN)-methode. Als de stand van de wetenschap en de praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

2.4 Ontlenen recht

Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg bestaat uitsluitend indien en zolang aan de verzekeringsovereenkomst rechten kunnen ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Indien in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de

gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend. Indien er sprake is van een Diagnose Behandeling Combinatie worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (DBC), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering.

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

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

2.6 Bescherming persoonsgegevens

De bij aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoons- en/of uitvoeringsgegevens worden opgenomen in de door IAK gevoerde persoonsregistratie. Deze gegevens worden verwerkt voor het aangaan en uitvoeren van verzekeringen en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude. Op deze registratie zijn de Gedragscode Verwerking persoonsgegevens Zorgverzekeraar van toepassing. Deze gedragsregels zijn beschikbaar op www.iak.nl en op aanvraag verkrijgbaar.

Vanaf de ingangsdatum van de aanvullende verzekering mag de zorgverzekeraar:

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

De zorgverzekeraar neemt hierbij de privacywetgeving in acht.

Als de zorgverzekeraar uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt uw verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder die u behandelt, weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u dat laten weten. De zorgverzekeraar zorgt er dan voor dat uw adresgegevens worden afgeschermd.

2.7 Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij de zorgverzekeraar bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer dan wel de verzekerde te hebben bereikt.

2.8 Vergoeding van de kosten van zorg

Vergoeding van de kosten van zorg vindt uitsluitend plaats op basis van rechtsgeldige tarieven óf – als de wet niet van toepassing is op een tarief – op basis van het door de zorgverzekeraar met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen of vastgestelde tarief. Als een tarief geldt dat lager is dan het wettelijk maximum, dan is voor de vergoeding bepalend het door of namens de zorgverzekeraar vastgestelde bedrag. De zorgverzekeraar heeft het recht om de kosten van zorg, of vergoeding waarvan de verzekerde jegens de zorgverzekeraar aanspraak kan maken op grond van een verzekering, rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder die de zorg heeft verleend. Met zodanige betaling vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.

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

2.9 Fraude

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

- de persoonsgegevens van degene die fraude pleegt, alsmede degene die als medeplichtige of medepleger kan worden aangemerkt, opneemt in het Incidentenregister van de zorgverzekeraar. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door IAK en/of de afdeling Veiligheidszaken van de zorgverzekeraar;
- het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars zal inlichten;
- de verzekering(en) beëindigt en gedurende een periode van 8 jaar kan weigeren nieuwe verzekeringsovereenkomsten te sluiten;
- de lopende (schade)verzekeringen kan beëindigen;

- registratie doet in de tussen financiële instellingen erkende in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR);
- al uitgekeerde vergoedingen terugvordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde;
- aangifte kan doen bij de politie, justitie en/of FIOD-ECD;
- de noodzakelijk gemaakte (onderzoeks)kosten vordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde.

2.10 Bedenkperiode

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

2.11 Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

3 Premie

3.1 Verschuldigdheid

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

Collectieve (Zorg) overeenkomst:

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

3.2 Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

De verzekeringnemer is verplicht de premie, alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen, op de bij de aanmelding overeengekomen wijze bij vooruitbetaling te voldoen. Onder premie wordt ook verstaan de heffingen en bijdragen die de zorgverzekeraar op grond van wettelijke (al dan niet buitenlandse) regelingen of bepalingen aan verzekerden in rekening dient te brengen.

Voor betaling per acceptgiro kunnen (eenmaal per jaar) kosten in rekening worden gebracht.

3.3 Vordering

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

3.4 Overlijden

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

3.5 Niet tijdig betalen premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.5.1 Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten stuurt de zorgverzekeraar een aanmaning. Als niet wordt betaald binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kan de zorgverzekeraar de dekking schorsen.
- 3.5.2 In geval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, vanaf de laatste premieervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. Over de periode van schorsing blijft de verzekeringnemer premie verschuldigd. De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgend op de dag waarop het gehele verschuldigde bedrag en de eventuele kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De verzekering gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.5.3 De zorgverzekeraar kan administratiekosten, invorderingskosten (zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke) en wettelijke rente aan de verzekeringnemer in rekening brengen.
- 3.5.4 Als een verzekeringnemer al is aangemaand voor niet tijdige betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft de zorgverzekeraar bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.5 De zorgverzekeraar kan achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 3.5.3 verrekenen met schadekosten die de verzekerde bij hem heeft gedeclareerd dan wel met andere van de zorgverzekeraar te ontvangen bedragen.
- 3.5.6 De zorgverzekeraar heeft het recht gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met de verzekeringnemer te sluiten als de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd.

4 Overige verplichtingen

4.1 Verplichtingen

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

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

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

4.2 Declaratietermijn nota's

De verzekeringnemer en de verzekerde kunnen in geval vergoeding wordt gevraagd van de kosten van zorg, de originele nota's indienen tot maximaal drie jaar na dagtekening. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgaanbieder. Ingediende nota's waarop uitkering wordt gedaan worden niet geretourneerd aan de verzekerde.

De nota's dienen in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal ingediend te worden.

4.3 Belangen

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

5 Wijziging premie en voorwaarden

5.1 Wijziging premie en voorwaarden

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

5.2 Opzeggingsrecht

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

6 Ingang, duur en beëindiging

6.1 Ingang en duur

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

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

6.2 Wijziging verzekering

De verzekeringnemer kan een verzekering steeds per 1 januari wijzigen in een andere verzekering. De verzekeringnemer dient de wijziging uiterlijk 31 december door te geven aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan voor het aangaan van een aanvullende

verzekering bijzondere voorwaarden stellen of daaraan verbinden. Een ingevulde en ondertekende gezondheidsverklaring kan verbonden worden aan toestemming van de zorgverzekeraar.

6.3 Einde van rechtswege

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

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

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

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

De aanvullende verzekering Werk & Zorg eindigt op het moment waarop deelname aan de collectieve zorgovereenkomst niet meer mogelijk is.

6.4 Opzegging door de verzekeringnemer

De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen:

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

6.5 Opzegging, ontbinding of schorsing door de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar kan de verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet tijdig betalen van de verschuldigde premie zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude zoals vermeld in artikel 2.9;
- bij het opzettelijk niet, niet volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of stukken aan de zorgverzekeraar die tot nadeel voor de zorgverzekeraar (kunnen) leiden;
- als de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet de zorgverzekeraar te misleiden of indien de zorgverzekeraar geen verzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. De zorgverzekeraar kan de verzekering in dat geval opzeggen, binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang. De zorgverzekeraar is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of hij kan de uitkering verminderen. De zorgverzekeraar kan de op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.6 Gezondheidsrisico

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

6.7 Wijze van opzeggen

Zowel de verzekeringnemer als de zorgverzekeraar kunnen de verzekering slechts schriftelijk opzeggen.

7 Uitsluitingen

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

- 7.1 die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het totstandkomen van de verzekering en waarmee de verzekerde bekend was of kon zijn of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan de zorgverzekeraar. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- 7.2 van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten zonder schriftelijke akkoordverklaring van de zorgverzekeraar, administratiekosten, kosten van niet nagekomen afspraken of kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- 7.3 die veroorzaakt zijn door grove schuld of opzet;
- 7.4 die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;

- 7.5 waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de AWBZ, indien de verzekerde krachtens deze wet verzekerd was;
- 7.6 waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening indien de verzekering bij de zorgverzekeraar niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen op grond van deze verzekeringsvoorwaarden die schade voor uitkering in aanmerking komen welke het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;
- 7.7 waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet of een daarmee overeenkomende zorg- of ziektekostenverzekering; de zorgverzekeraar hanteert het Convenant samenloop zorgverzekering/reisverzekering. Zie ook www.iak.nl/zorg
- 7.8 veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft);
- 7.9 als gevolg van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van de zorgverzekeraar;
- 7.10 als de kosten in rekening worden gebracht door een partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij door de zorgverzekeraar vooraf een machtiging is verleend.

8 Klachten en geschillen

8.1 Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering

- 8.1.1 Klachten en geschillen over de uitvoering van de verzekering kunnen aan de directie van de zorgverzekeraar worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Zorgklachten. Dit kan eveneens via zorgklachten@iak.nl. Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website www.iak.nl/zorg. De afdeling Zorgklachten handelt namens de directie.
- 8.1.2 Er is sprake van een geschil als er een verschil van inzicht is naar aanleiding van een door de zorgverzekeraar genomen, en na heroverweging gehandhaafd besluit over de uitvoering van de verzekering, waardoor de verzekeringnemer of verzekerde in zijn belang wordt getroffen. In alle overige gevallen is sprake van een klacht.
- 8.1.3 de zorgverzekeraar bepaalt zijn definitieve standpunt of heroverweegt zijn oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde is of als de zorgverzekeraar niet binnen een termijn van 30 dagen reageert, kan de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG ZEIST, www.skgz.nl. Het is in dit geval ook mogelijk dat de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorlegt aan de daartoe bevoegde rechter.

8.2 Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar

- 8.2.1 Klachten over door de zorgverzekeraar gehanteerde formulieren kunnen aan de zorgverzekeraar worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachten en correspondentie. Het is ook mogelijk een klachtenformulier te downloaden via www.iak.nl/zorg
- 8.2.2 Klachten zoals genoemd onder lid 8.2.1 kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de zorgverzekeraar en de zorgverzekeraar zijn definitieve standpunt daarover kenbaar heeft gemaakt of binnen een termijn van 30 dagen na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de verzekeringnemer of verzekerde overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de verzekeringnemer, verzekerde, zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar tot bindend advies.

9 Zorg- en wachtlijstbemiddeling

De verzekerde heeft aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd voor medisch specialistische, kaakchirurgische of psychologische zorg of enige andere vorm van zorg met een wachttijd door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze verzekering. Als sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kan de verzekerde via de Klantenservice Zorg- en Inkomensverzekeringen, telefoonnummer +31 (0)40 261 18 88, een beroep doen op de afdeling Zorgadvies van de zorgverzekeraar. De verzekerde kan ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg, denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. De zorgverzekeraar bekijkt samen met de verzekerde welke mogelijkheden er zijn.

10 Slotbepaling

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

II Werk & Zorg

Inhoudsopgave	Blz.		Blz.
II Werk & Zorg	11		
1 Dieetadviesing	11	4 Preventie	13
2 Bewegzorg	11	5 Eerstelijnspsychologische zorg	14
3 Huishoudelijke ondersteuning	12	6 Taxivervoer	14

Dekking

Omvang van de dekking

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

1 Dieetadviesing

Vergoeding voor de kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten door een diëtist en zoals diëtisten die plegen te bieden tot maximaal een aanvulling van ten hoogste €500,- per verzekerde per verzekeringsjaar op het aantal toegestane uren vanuit de IAK zorgverzekering.

Verwijzing dient plaats te vinden door een huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

2 Bewegzorg

Het budget bewegzorg bestaat uit twee onderdelen:

A. Bewegzorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit heet curatieve bewegzorg.

B. Bewegzorg met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden.

Dit heet preventieve bewegzorg. In de onderstaande tekst wordt eerst curatieve bewegzorg toegelicht en daarna preventieve bewegzorg.

Omschrijving:

A. Bewegzorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt kan de volgende therapieën omvatten:

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

Naast deze reguliere therapieën kan gebruik worden gemaakt van alternatieve bewegingstherapieën:

5. chiropractie;
6. osteopathie;
7. manuele therapie E.S.;
8. (ortho)manuele therapie;
9. craniosacraaltherapie;
10. haptotherapie;
11. ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen:

1. **fysiotherapie:** fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. **oedeemtherapie:** oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
3. **oefentherapie Cesar/Mensendieck:** oefentherapeut Cesar/ Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. **ergotherapie:** ergotherapeut;
5. **chiropractie:** chiropractor die is ingeschreven in het register van de Stichting Nationaal Register van Chiropractoren;
6. **osteopathie:** osteopaat die is ingeschreven in het Nederlands Register voor Osteopaten (NRO) of in het register van de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);

7. **manuele therapie E.S.:** manueel therapeut E.S.® die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);
8. **(ortho)manuele therapie:** orthomanueel arts die is ingeschreven in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
9. **cranosacraaltherapie:** cranosacraaltherapeut die is ingeschreven in het Register Craniosacraal Therapie Nederland (RCN);
10. **haptotherapie:** haptotherapeut die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH);
11. **ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn:** adem- en ontspanningstherapeut: die is aangesloten bij de Van Dixhoorn Vereniging Adem- en ontspanningstherapie (VDV).

Verwijzing:

voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Indien gebruik wordt gemaakt van de voorkeursaanbieders van de zorgverzekeraar, dan is de screening door de fysiotherapeut gratis. In de screening stelt de fysiotherapeut vast of de klachten behandeld kunnen worden door een fysiotherapeut. Voor meer informatie zie www.iak.nl

Omschrijving:

B. Bewegzorg met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden.

Hieronder vallen de onderstaande therapieën:

1. preventieve beweegprogramma's;
2. therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met een van de chronische aandoeningen: reumatoïde artritis, Bechterew, astma of verzekerden met hartproblemen.

Wie mag de zorg verlenen:

1. voorkeursaanbieders van de zorgverzekeraar. De voorkeursaanbieders en de programma's die zij bieden zijn te vinden www.iak.nl;
2. patiëntenvereniging van reuma-, Bechterew, astma- of hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP). Bewegzorg is een budget. Dit betekent dat van de diverse vormen van bewegzorg, zoals genoemd onder A en B gebruik kan worden gemaakt tot het gemaximeerde bedrag per kalenderjaar.

Het totale budget bewegzorg bedraagt maximaal €1000,- per kalenderjaar

Bijzonderheden:

1. verzekerden jonger dan 18 jaar: recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;
2. verzekerden van 18 jaar en ouder: recht op vergoeding van de kosten van de eerste negen behandelingen als het om behandeling gaat van een aandoening zoals opgenomen in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Vanaf de tiende behandeling recht op vergoeding vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing en machtiging vereist van de zorgverzekeraar;
3. vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het elfde uur. De eerste tien uur komen ten laste van de zorgverzekering;
4. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
 - arbocuratieve- of reïntegratietrajecten;
 - (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.

3 Huishoudelijke ondersteuning

- 3.1 Vergoeding voor de kosten van huishoudelijke ondersteuning aan de verzekerde, die een huishoudelijke hulpvraag heeft, omdat de verzekerde of zijn partner op dat moment tijdelijk is uitgevallen door bijvoorbeeld ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname of voor de kosten van huishoudelijke ondersteuning aan de verzekerde om herstel van zijn letsel te bevorderen. Vergoeding wordt verleend, eenmaal per verzekeringsjaar tot ten hoogste 30 uur. De hulp dient in een periode van 4 tot maximaal 6 weken ingepland te worden.
- 3.2 Op het moment van aanvragen van huishoudelijke ondersteuning wordt een hervatting van de werkzaamheden binnen drie maanden verwacht. De huishoudelijke ondersteuning omvat de algemene organisatie van het huishouden, zoals de gebruikelijke schoonmaakwerkzaamheden, de maaltijdverzorging, de opvang van huisgenoten en het halen van de boodschappen. De hulp wordt geleverd op het woonadres van de verzekerde, zoals dat bij de zorgverzekeraar bekend is. Het doel van de huishoudelijke ondersteuning is:
 - het voorkomen van verzuim bij calamiteiten in de gezinssituatie;
 - bevordering van herstel van letsel. De ondersteuning dient te worden geleverd door een erkende instelling.
- 3.3 Verwijzing dient plaats te vinden door een bedrijfsarts, waarbij dient te blijken dat er sprake is van tijdelijke uitval met als gevolg verzuim, van de verzekerde of zijn partner door ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname, waarbij een herstel binnen 3 maanden te verwachten is. Het recht op vergoeding bestaat indien de nota is vergezeld van eerdergenoemde verwijzing of verklaring, waarin de indicatie is vermeld.

Bijzonderheden:

 - er bestaat geen aanspraak op huishoudelijke ondersteuning als de tijdelijke uitval verband houdt met een chronische aandoening;

- de zorg wordt vooraf voor de gehele periode ingepland;
- onder huishoudelijke ondersteuning wordt niet verstaan verpleegkundig dan wel medisch handelen of lichamelijke verzorging.

4 Preventie

Een budget voor preventie dat besteed kan worden aan de volgende vormen van preventie:

- Gezond leven;
- Advies en begeleiding
- Keuring
- Vaccinaties.

4.1 Gezond leven

4.1.1 Cursussen

Omschrijving:

1. cursussen die erop gericht zijn de gezondheid te bevorderen en gezondheidsklachten te voorkomen, zoals cursussen gericht op:
 - voeding;
 - stoppen met roken;
2. cursussen die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening. Zoals leren omgaan met diabetes, reuma, astma, dementie;
3. cursus eerste hulp bij ongelukken (EHBO);
4. reanimatiecursus.

Wie mag de cursussen verzorgen:

- Omschrijving, punt 1: thuiszorgorganisatie, Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD) of Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG);
- Omschrijving, punt 2: thuiszorgorganisatie, Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD), Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) of patiëntenvereniging aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NCPF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RCP);
- Omschrijving, punt 3: vereniging die erkend is door het Oranje Kruis. Kijk voor het cursusaanbod op www.oranjekruis.nl;
- Omschrijving, punt 4: instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR).

4.1.2 Gezondheidstest

Omschrijving:

integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De gezondheidstest moet de volgende onderzoeken bevatten: hartslag, bloeddruk, gewicht, BMI ('body mass index'), buikomvang, vetpercentage, inspanningstest, bloedonderzoek, urineonderzoek.

De zorgverzekeraar heeft met een aantal zorgaanbieders speciale afspraken gemaakt. Ga naar www.iak.nl voor de voorkeursaanbieders van de zorgverzekeraar.

Bijzonderheden:

Er bestaat geen recht op vergoeding van de kosten als de gezondheidstest onderdeel is van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO).

4.1.3 Gewichtconsulent

Omschrijving:

begeleiding van gezonde mensen met gewichtsproblemen. Daarbij spelen motivering en voedings- en bewegingsvoorlichting een grote rol. Als overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent doorverwijzen naar een diëtist.

Wie mag de zorg verlenen:

gewichtconsulent, die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN). Op www.gewichtconsulenten.nl is nadere informatie te vinden

4.2 Advies en begeleiding

4.2.1 Sport medisch advies

Omschrijving:

behandelingen, consulten en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen:

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

4.2.2 Incontinentiebegeleiding

Omschrijving:

leefadviezen en een medische conclusie voor vrouwen die last hebben van ongewild urineverlies. Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, wordt online een medische conclusie met aanbevelingen toegezonden.

De digitale vragenlijst vindt u op: www.incontinentiezorgservice.nl.

Indien er voorkeur bestaat voor persoonlijk begeleiding dan kan vervolgens gebruik worden gemaakt van een programma met een intensieve persoonlijke begeleiding door een incontinentieverpleegkundige. De zorg wordt aan huis geleverd. Deze kosten van deze persoonlijke begeleiding komen ten laste van de zorgverzekering en vallen daardoor eventueel onder het verplicht en/of vrijwillig eigen risico van de zorgverzekering.

4.2.3 **Overgangsconsulente**

Omschrijving:

voorlichting aan en advisering en behandeling van vrouwen in de overgang.

Wie mag de zorg verlenen:

verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in de problematiek rondom de overgang.

4.3 **Keuring**

4.3.1 **Medische keuring rijbewijs**

Omschrijving:

medische keuring ten behoeve van verlenging van het rijbewijs B of BE.

Wie mag de keuring verrichten:

(huis)arts, niet zijnde de eigen huisarts.

4.4 **Vaccinaties**

4.4.1 **Griepvaccinatie**

Omschrijving:

'de grieprik' als de verzekerde niet tot de risicogroep behoort die via het Nederlandse Programma Grieppreventie in aanmerking komt voor een griepvaccin.

Wie mag de zorg verlenen:

huisarts of medisch specialist.

4.4.2 **Preventieve vaccinaties/ geneesmiddelen in verband met vakantie**

Omschrijving:

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

Wie mag de zorg verlenen:

huisarts, Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD), een aan een ziekenhuis verbonden Travel Health Clinic, Tropencentrum AMC, Havenziekenhuis Travel Clinic, Airport Medical Services, Vaccinatiepunt, Encare Arbozorg of een arts die een LCR-accreditatie en gelekoorts registratie heeft. Voor adressen zie www.lcr.nl.

De zorgverzekeraar heeft met de GGD'en in Nederland speciale afspraken gemaakt. Er wordt korting verleend op vaccinaties. Er wordt ook korting verleend op artikelen die tijdens een buitenlandse reis van nut kunnen zijn zoals DEET en ORS. Ga naar www.iak.nl voor meer informatie.

Het totale budget voor preventie bedraagt maximaal €750,- per kalenderjaar

5 **Eerstelijnspsychologische zorg**

In aanvulling op het aantal zittingen eerstelijnspsychologische zorg op grond van de IAK Zorgverzekering worden vergoed de kosten van zittingen tot ten hoogste €500,- per verzekerde per kalenderjaar door een eerstelijnspsycholoog (NIP) of een gezondheidszorgpsycholoog.

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

6 **Taxivervoer**

Vergoeding voor de kosten van taxivervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzekerde en de werklocatie voorzover vervoer per openbaar vervoer of eigen auto wegens medische redenen niet mogelijk is tot ten hoogste €350,- per verzekerde per verzekeringsjaar op voorschrift van een bedrijfsarts.

De aanvraag dient vergezeld te gaan van een verklaring van de leidinggevende of een personeelsfunctionaris waaruit blijkt dat vervoer per openbaar vervoer of eigen auto niet mogelijk is in verband met een ernstige beperking van de mobiliteit.

III Bewust

Inhoudsopgave	Blz.	Blz.
III Bewust		
1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen	15	7 Hulpmiddelen (pruiken / steunzolen) 18
2 Bevalling en kraamzorg	16	8 Medische specialistische zorg/(plastische) chirurgische of reconstructieve behandelingen 18
3 Buitenland	17	9 Preventieve vaccinaties en middelen 18
4 Eigen bijdrage farmaceutische zorg	17	10 Stottertherapie 18
5 Fysiotherapie en oefentherapie	17	11 Zittend ziekenvervoer 18
6 Huidtherapie	17	

Dekking

Omvang van de dekking

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

1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

1.1 Vergoeding voor de kosten tot maximaal €200,- per verzekerde per verzekeringsjaar voor consulten en/of behandelingen door:

1. een arts, die zich specifiek heeft toegelegd op:
 - acupunctuur;
 - behandeling op antroposofische grondslag;
 - enzymtherapie;
 - flebologie / proctologie;
 - homeopathie;
 - behandeling volgens de Moermanmethode;
 - behandeling volgens de natuurgeneeswijze;
 - behandeling met (ortho)manipulatie (manuele geneeswijze) / orthopedische geneeskunde;
2. een therapeut of arts die lid is van één van de volgende verenigingen:
 - Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC);
 - Artsenvereniging voor Biofysische geneeskunde en Bioinformatie therapie (ABB);
 - Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG-2000);
 - Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
 - Beroepen Associatie Therapeut & Consument (BATC);
 - Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie (BPHA);
 - Beroepsorganisatie voor Paranormaal Therapeuten (NFPN);
 - Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK);
 - Beroepsvereniging voor Holistisch Energetisch werkende Therapeut (BHET);
 - Beroepsvereniging voor APS Therapie (BVAT);
 - Beroepsvereniging Tekentaal (BVT);
 - Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB);
 - Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
 - Gilde van Simontontherapeuten (GvS);
 - Internationale Beroepsvereniging van Macrotherapeuten (IBMT);
 - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
 - Landelijke Vereniging Psychosociaal Werkenden (LVPW);
 - Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
 - Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH);
 - Nederlands Instituut voor Bio-energetische Analyse (NIBA);
 - Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (NVPA);
 - Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);

- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalttherapeuten (NBGT);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH);
- Nederlandse Beroepsvereniging Meridiaan- Kleurentherapie (NBMK);
- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA);
- Nederlandse Federatie Gezondheidszorg (NFG);
- Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH);
- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) of Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
- Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten (NVBT);
- Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
- Nederlandse Vereniging voor Klassiek Homeopaten (NVKH);
- Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);
- Nederlandse Vereniging voor manuele Therapie (NVMT);
- Nederlandse Vereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR);
- Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
- Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten (NVPITea);
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT);
- Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST);
- Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (NVTTCG ZHONG);
- Nederlandse Beroepsvereniging voor Chinese Geneeswijzen (NBCG-YI);
- Omni Podo Genootschap (OMNI PODO en Stichting LOOP);
- Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
- Stichting International Free University (IFU);
- Vereniging Additieve Genezers (VAG);
- Vereniging Beter Natuurlijk (VBN);
- Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);
- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG);
- Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
- Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT);
- Vereniging Integrale Vitaliteitkunde (VIV);
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
- Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT);
- Vereniging van Transpersoonlijke Psychosociale Therapeuten (VTP);
- Vereniging voor lokai meridiaan Shiatsu-therapeuten (VIS);
- Vereniging voor Psychosynthese-therapie Nederland (VPN);
- Vereniging Verloskunde & Homeopathie (VV&H);

3. een podotherapeut, met uitzondering van de kosten van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen waaronder steunzolen.

- 1.2 Volledige vergoeding van de kosten van eurythmietherapie en/of therapeutische schilder- en boetseerlessen op voorschrift van een antroposofisch arts.
- 1.3 Vergoeding voor de middelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt en die zijn voorgeschreven door een arts, medisch specialist, kaakchirurg, tandarts of verloskundige en die zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Vergoeding wordt verleend tot maximaal €75,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

2 Bevalling en kraamzorg

2.1 Eigen bijdragen kraamzorg

Vergoeding van de (wettelijke) eigen bijdragen voor verloskundige hulp en kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering in rekening gebracht door het ziekenhuis of kraamcentrum tot maximaal €100,- per verzekerde. De aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren of dagen waarop de aanspraak op kraamzorg op grond van de IAK Zorgverzekering betrekking heeft.

2.2 Kraampakket

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

3 Buitenland

3.1 Hulpverlening/Alarmcentrale

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

3.2 Repatriëring

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

4 Eigen bijdrage farmaceutische zorg

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

5 Fysiotherapie en oefentherapie

Vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut, uitsluitend indien en voor zover geen vergoeding (meer) bestaat krachtens de IAK Zorgverzekering of een of meerdere aanvullende verzekeringen in deze verzekeringsvoorwaarden. Vergoeding vindt plaats tot maximaal €350,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

Het recht op vergoeding bestaat indien:

- de behandeling plaatsvindt op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts of (medisch) specialist en
- de nota vergezeld is van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch geïndiceerd is, een en ander met inachtneming van Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (chronische aandoeningen);
- voor behandelingen die niet onder Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (niet-chronische aandoeningen) vallen door de zorgverzekeraar voorafgaande schriftelijk toestemming is verleend op grond van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Deze toestemming is uitsluitend noodzakelijk vanaf de 20^e behandeling.

Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

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

6 Huidtherapie

6.1 Huidtherapie

Vergoeding voor de kosten tot een maximum van €100,- per verzekerde per verzekeringsjaar voor:

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

Het recht op vergoeding voor deze kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelende huidtherapeut. Hieruit moet de noodzaak van de behandeling blijken. Onder huidtherapeut wordt verstaan een daartoe op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar, werkzaam binnen de eerste- en/of tweedelijns gezondheidszorg, die patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt.

6.2 Psoriasisdagbehandeling

Vergoeding voor de kosten van psoriasisdagbehandelingen gericht op het voorkomen en bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis in een (dagbehandelings)centrum waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, tot een maximum van €100,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

7 Hulpmiddelen (Pruiken / steunzolen)

7.1 Eigen bijdragen

Vergoeding voor de eigen bijdragen van pruiken die de verzekerde is verschuldigd boven de in de IAK Zorgverzekering genoemde toepasselijke Regeling zorgverzekering te verlenen gemaximeerde vergoeding tot een maximum van €50,- per verzekerde per verzekeringsjaar. Voor de hoogte van de vergoedingen op grond van de Zorgverzekeringswet zie IAK Vergoedingsregeling hulpmiddelen op www.iak.nl/zorg

7.2 Steunzolen

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

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

Vergoeding van behandeling van plastisch-chirurgische aard in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum die strekt tot correctie van uitstaande oorschelpen voor kinderen tot en met 12 jaar, door een medisch specialist op verwijzing van huisarts of medisch specialist en met een toelichting van de behandelend plastisch chirurg of KNO-arts. Vergoeding wordt uitsluitend verleend indien en voor zover daarvoor een medische noodzaak bestaat en na voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar.

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

9 Preventieve vaccinaties en middelen

Vergoeding voor de kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen tegen DTP, cholera, gele koorts, hepatitis-A/B, malaria, meningococci en tyfus, ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland tot een maximum van €75,- per verzekerde per verzekeringsjaar. Vaccinaties en/of geneesmiddelen in verband met beroepsmatige reizen of beroepsmatig verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

10 Stottertherapie

Vergoeding voor de kosten van stottertherapie volgens de methode Del Ferro, BOMA of Hausdörfer tot maximaal €100,- per verzekerde, gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

11 Zittend ziekenvervoer

Vergoeding voor:

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

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

IV Compact

Inhoudsopgave	Blz.
IV Compact	19
1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen	19
2 Buitenland	20
3 Fysiotherapie en oefentherapie	21
4 Preventieve vaccinaties en middelen	21
5 Zittend ziekenvervoer	21

Dekking

Omvang van de dekking

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

1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

1.1 Vergoeding voor de kosten tot maximaal €250,- per verzekerde per verzekeringsjaar voor consulten en/of behandelingen door:

1. een arts, die zich specifiek heeft toegelegd op:
 - acupunctuur;
 - behandeling op antroposofische grondslag;
 - enzymtherapie;
 - flebologie / proctologie;
 - homeopathie;
 - behandeling volgens de Moermanmethode;
 - behandeling volgens de natuurgeneeswijze;
 - behandeling met (ortho)manipulatie (manuele geneeswijze) / orthopedische geneeskunde;
2. een therapeut of arts die lid is van één van de volgende verenigingen:
 - Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC);
 - Artsenvereniging voor Biofysische geneeskunde en Bioinformatie therapie (ABB);
 - Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG-2000);
 - Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
 - Beroepen Associatie Therapeut & Consument (BATC);
 - Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie (BPHA);
 - Beroepsorganisatie voor Paranormaal Therapeuten (NFPN);
 - Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK);
 - Beroepsvereniging voor Holistisch Energetisch werkende Therapeut (BHET);
 - Beroepsvereniging voor APS Therapie (BVAT);
 - Beroepsvereniging Tekentaal (BVT);
 - Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB);
 - Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
 - Gilde van Simontontherapeuten (GvS);
 - Internationale Beroepsvereniging van Macrotherapeuten (IBMT);
 - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
 - Landelijke Vereniging Psychosociaal Werkenden (LVPW);
 - Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
 - Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH);
 - Nederlands Instituut voor Bio-energetische Analyse (NIBA);
 - Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (NVPA);
 - Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
 - Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
 - Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalttherapeuten (NBGT);

- Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH);
- Nederlandse Beroepsvereniging Meridiaan- Kleurentherapie (NBMK);
- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA);
- Nederlandse Federatie Gezondheidszorg (NFG);
- Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH);
- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) of Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
- Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten (NVBT);
- Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVTGN);
- Nederlandse Vereniging voor Klassiek Homeopaten (NVKH);
- Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);
- Nederlandse Vereniging voor manuele Therapie (NVMT);
- Nederlandse Vereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR);
- Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
- Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten (NVPITea);
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT);
- Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST);
- Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (NVTTCG ZHONG);
- Nederlandse Beroepsvereniging voor Chinese Geneeswijzen (NBCG-YI);
- Omni Podo Genootschap (OMNI PODO en Stichting LOOP);
- Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
- Stichting International Free University (IFU);
- Vereniging Additieve Genezers (VAG);
- Vereniging Beter Natuurlijk (VBN);
- Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);
- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG);
- Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
- Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT);
- Vereniging Integrale Vitaliteitkunde (VIV);
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
- Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT);
- Vereniging van Transpersoonlijke Psychosociale Therapeuten (VTP);
- Vereniging voor lokai meridiaan Shiatsu-therapeuten (VIS);
- Vereniging voor Psychosynthese-therapie Nederland (VPN);
- Vereniging Verloskunde & Homeopathie (VV&H);

3. een podotherapeut, met uitzondering van de kosten van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen waaronder steunzolen.

- 1.2** Volledige vergoeding van de kosten van eurythmietherapie en/of therapeutische schilder- en boetseerlessen op voorschrift van een antroposofisch arts.
- 1.3** Vergoeding voor de middelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt en die zijn voorgeschreven door een arts, medisch specialist, kaakchirurg, tandarts of verloskundige en die zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Vergoeding wordt verleend tot maximaal €125,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

2 Buitenland

2.1 Hulpverlening/Alarmcentrale

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

2.2 Repatriëring

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

3 Fysiotherapie en oefentherapie

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

- de behandeling plaatsvindt op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts of (medisch) specialist en
- de nota vergezeld is van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch geïndiceerd is, een en ander met inachtneming van Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (chronische aandoeningen);
- voor behandelingen die niet onder Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (niet-chronische aandoeningen) vallen door de zorgverzekeraar voorafgaande schriftelijk toestemming is verleend op grond van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Deze toestemming is uitsluitend noodzakelijk vanaf de 20^e behandeling.

Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

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

4 Preventieve vaccinaties en middelen

Vergoeding voor de kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen tegen DTP, cholera, gele koorts, hepatitis-A/B, malaria, meningococci en tyfus, ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland tot een maximum van €100,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

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

5 Zittend ziekenvervoer

Vergoeding voor:

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

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

IV Compleet

Inhoudsopgave	Blz.		Blz.
V Compleet	22		
1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen	22	11 Medisch specialistische zorg/(plastische) chirurgische of reconstructieve behandelingen	26
2 Bevalling en kraamzorg	23	12 Nachtelijk verblijf na oncologische behandeling	26
3 Buitenland	24	13 Preventieve onderzoeken	26
4 Eigen bijdrage farmaceutische zorg	24	14 Preventieve vaccinaties en middelen	26
5 Fysiotherapie en oefentherapie	24	15 Psychologische zorg	26
6 Groepstherapie voor reumapatiënten	25	16 Second opinion	27
7 Huidtherapie	25	17 Stottertherapie	27
8 Hulpmiddelen	25	18 Tandheelkundige zorg	27
9 Lidmaatschap patiënten (belangen)vereniging	25	19 Zittend ziekenvervoer	27
10 Logeerfaciliteit	25		

Dekking

Omvang van de dekking

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

1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

1.1 Vergoeding voor de kosten tot maximaal €550,- per verzekerde per verzekeringsjaar voor consulten en/of behandelingen door:

1. een arts, die zich specifiek heeft toegelegd op:
 - acupunctuur;
 - behandeling op antroposofische grondslag;
 - enzymtherapie;
 - flebologie / proctologie;
 - homeopathie;
 - behandeling volgens de Moermanmethode;
 - behandeling volgens de natuurgeneeswijze;
 - behandeling met (ortho)manipulatie (manuele geneeswijze) / orthopedische geneeskunde;
2. een therapeut of arts die lid is van één van de volgende verenigingen:
 - Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC);
 - Artsenvereniging voor Biofysische geneeskunde en Bioinformatie therapie (ABB);
 - Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG-2000);
 - Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
 - Beroepen Associatie Therapeut & Consument (BATC);
 - Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie (BPHA);
 - Beroepsorganisatie voor Paranormaal Therapeuten (NFPN);
 - Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK);
 - Beroepsvereniging voor Holistisch Energetisch werkende Therapeut (BHET);
 - Beroepsvereniging voor APS Therapie (BVAT);
 - Beroepsvereniging Tekentaal (BVT);
 - Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB);
 - Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
 - Gilde van Simontherapeuten (GvS);
 - Internationale Beroepsvereniging van Macrotherapeuten (IBMT);
 - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
 - Landelijke Vereniging Psychosociaal Werkenden (LVPW);
 - Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
 - Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH);
 - Nederlands Instituut voor Bio-energetische Analyse (NIBA);

- Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (NVPA);
- Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalttherapeuten (NBGT);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH);
- Nederlandse Beroepsvereniging Meridiaan- Kleurentherapie (NBMK);
- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA);
- Nederlandse Federatie Gezondheidszorg (NFG);
- Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH);
- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) of Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
- Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten (NVBT);
- Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
- Nederlandse Vereniging voor Klassiek Homeopaten (NVKH);
- Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);
- Nederlandse Vereniging voor manuele Therapie (NVMT);
- Nederlandse Vereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR);
- Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
- Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten (NVPITea);
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT);
- Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST);
- Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (NVTTCG ZHONG);
- Nederlandse Beroepsvereniging voor Chinese Geneeswijzen (NBCG-YI);
- Omni Podo Genootschap (OMNI PODO en Stichting LOOP);
- Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
- Stichting International Free University (IFU);
- Vereniging Additieve Genezers (VAG);
- Vereniging Beter Natuurlijk (VBN);
- Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);
- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG);
- Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
- Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT);
- Vereniging Integrale Vitaliteitkunde (VIV);
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
- Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT);
- Vereniging van Transpersoonlijke Psychosociale Therapeuten (VTP);
- Vereniging voor lokai meridiaan Shiatsu-therapeuten (VIS);
- Vereniging voor Psychosynthese-therapie Nederland (VPN);
- Vereniging Verloskunde & Homeopathie (VV&H);

3. een podotherapeut, met uitzondering van de kosten van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen waaronder steunzolen.

- 1.2** Volledige vergoeding van de kosten van eurythmietherapie en/of therapeutische schilder- en boetseerlessen op voorschrift van een antroposofisch arts.
- 1.3** Vergoeding voor de middelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt en die zijn voorgeschreven door een arts, medisch specialist, kaakchirurg, tandarts of verloskundige en die zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.
Vergoeding wordt verleend tot maximaal €250,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

2 Bevalling en kraamzorg

2.1 Eigen bijdragen kraamzorg

Vergoeding van de (wettelijke) eigen bijdragen voor verloskundige hulp en kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering in rekening gebracht door het ziekenhuis of kraamcentrum.

De aanvullende vergoeding wordt verleend over hetzelfde aantal uren of dagen waarop de aanspraak op kraamzorg op grond van de IAK Zorgverzekering betrekking heeft.

2.2 Kraampakket

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

2.3 Meerlingen

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

2.4 Kraamzorg bij adoptie

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

3 Buitenland

3.1 Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

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

3.2 Hulpverlening/Alarmcentrale

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

3.3 Vervoer

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

3.4 Repatriëring

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

3.5 Niet spoedeisende zorg in een andere EU/ EER-lidstaat of Zwitserland

Vergoeding voor de kosten van medische zorg bij tijdelijk verblijf in genoemde landen uitsluitend indien en voor zover de zorgverzekeraar de kosten zou vergoeden als deze in Nederland zouden zijn gemaakt op grond van de IAK Zorgverzekering of deze aanvullende verzekeringsvoorwaarden tot maximaal 100% van het in Nederland geldende Wmg-tarief, of bij het ontbreken daarvan, het in de Nederlandse gezondheidszorg voor betreffende medische zorg gangbare of gebruikelijke tarief. Het tijdelijk verblijf in het genoemde landen dient maximaal 12 aaneengesloten maanden te zijn. Uitgesloten zijn de kosten van (zieken)vervoer van en naar het buitenland alsmede het vervoer in het buitenland zelf.

Recht op vergoeding bestaat uitsluitend:

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

3.6 Uitsluiting

De kosten van alternatieve en bijzondere geneeswijzen en fertiliteitbevorderende behandelingen in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

4 Eigen bijdrage farmaceutische zorg

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

5 Fysiotherapie en oefentherapie

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

Het recht op vergoeding bestaat indien:

- de behandeling plaatsvindt op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts of (medisch) specialist en
- de nota vergezeld is van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch geïndiceerd is, een en ander met inachtneming van Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (chronische aandoeningen);
- voor behandelingen die niet onder Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (niet-chronische aandoeningen) vallen door de zorgverzekeraar voorafgaande schriftelijk toestemming is verleend op grond van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Deze toestemming is uitsluitend noodzakelijk vanaf de 20^e behandeling.

Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

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

6 Groepstherapie voor reumapatiënten

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

7 Huidtherapie

7.1 Huidtherapie

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

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

Het recht op vergoeding voor deze kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelende huidtherapeut. Hieruit moet de noodzaak van de behandeling blijken. Onder huidtherapeut wordt verstaan een daartoe op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar, werkzaam binnen de eerste- en/of tweedelijns gezondheidszorg, die patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt.

7.2 Psoriasisdagbehandeling

Vergoeding voor de kosten van psoriasisdagbehandelingen gericht op het voorkomen en bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis in een (dagbehandelings)centrum waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, tot een maximum van €545,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

8 Hulpmiddelen

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

9 Lidmaatschap patiënten(belangen)vereniging

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

10 Logeerfaciliteit

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

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

Vergoeding voor de kosten van behandelingen:

- bij snurken (uvuloplastiek);
- voor correctie van bovenoogleden of oorstand;
- voor het operatief plaatsen of vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie;
- behandeling gericht op de circumcisie van de verzekerde;
- sterilisatie en hersteloperaties na sterilisatie (behalve bij vrijwillig ondergane sterilisatie), zowel voor man als vrouw.

Voor de eerste vier genoemde behandelingen wordt uitsluitend vergoeding verleend indien en voor zover daarvoor een medische noodzaak bestaat en na voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar.

Indicatie voor correctie van bovenoogleden:

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

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

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

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

12 Nachtelijk verblijf na oncologische behandeling

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

13 Preventieve onderzoeken

Vergoeding voor de kosten van:

- elektrocardiogram (E.C.G.) eenmaal per verzekerde per verzekeringsjaar;
- baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje), uitgevoerd door een huisarts;
- borstkankeronderzoek;
- prostaatkankeronderzoek eenmaal per verzekerde per twee verzekeringsjaren.

14 Preventieve vaccinaties en middelen

Vergoeding voor de kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen tegen DTP, cholera, gele koorts, hepatitis-A/B, malaria, meningococci en tyfus, ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland tot een maximum van €100,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

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

15 Psychologische zorg

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

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

16 Second opinion

Vergoeding voor de kosten van het raadplegen van een andere specialist ('second opinion'), indien de behandelend medisch specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld, uitsluitend voor zover en indien geen aanspraak daarop bestaat op grond van de IAK Zorgverzekering.

17 Stottertherapie

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

18 Tandheelkundige zorg

18.1 Voor verzekerden tot 18 jaar

Vergoeding van de kosten van behandelingen door een tandarts of een door de overheid erkend centrum voor bijzondere tandheelkunde, waarbij de vergoeding voor bruggen, brugdelen en kronen maximaal €500,- per verzekerde per jaar bedraagt.

18.2 Orthodontische behandeling (gebitsregulatie) voor verzekerden tot 18 jaar

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

19 Zittend ziekenvervoer

Vergoeding voor:

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

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

VI Extra Compleet

Inhoudsopgave	Blz.		Blz.
VI Extra Compleet	28		
1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen	28	12 Nachtelijk verblijf na oncologische behandeling	32
2 Bevalling en kraamzorg	29	13 Overgangsconsult	32
3 Buitenland	30	14 Psychologische zorg	33
4 Eigen bijdrage farmaceutische zorg	30	15 Preventieve onderzoeken	33
5 Fysiotherapie en oefentherapie	30	16 Preventieve vaccinaties en middelen	33
6 Groepstherapie	31	17 Second opinion	33
7 Huidtherapie	31	18 Sportmedisch advies/sportgeneeskunde	33
8 Hulpmiddelen	31	19 Stottertherapie	33
9 Lidmaatschap patiënten (belangen)vereniging	32	20 Tandheelkundige zorg	33
10 Logeerfaciliteit	32	21 Therapeutische kampen	34
11 Medisch specialistische zorg/(plastische) chirurgische of reconstructieve behandelingen	32	22 Zittend ziekenvervoer	34

Dekking

Omvang van de dekking

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

1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

1.1 Vergoeding voor de kosten tot maximaal €750,- per verzekerde per verzekeringsjaar voor consulten en/of behandelingen door:

1. een arts, die zich specifiek heeft toegelegd op:
 - acupunctuur;
 - behandeling op antroposofische grondslag;
 - enzymtherapie;
 - flebologie / proctologie;
 - homeopathie;
 - behandeling volgens de Moermanmethode;
 - behandeling volgens de natuurgeneeswijze;
 - behandeling met (ortho)manipulatie (manuele geneeswijze) / orthopedische geneeskunde;
2. een therapeut of arts die lid is van één van de volgende verenigingen:
 - Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC);
 - Artsenvereniging voor Biofysische geneeskunde en Bioinformatie therapie (ABB);
 - Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG-2000);
 - Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
 - Beroepen Associatie Therapeut & Consument (BATC);
 - Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie (BPHA);
 - Beroepsorganisatie voor Paranormaal Therapeuten (NFPN);
 - Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK);
 - Beroepsvereniging voor Holistisch Energetisch werkende Therapeut (BHET);
 - Beroepsvereniging voor APS Therapie (BVAT);
 - Beroepsvereniging Tekentaal (BVT);
 - Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB);
 - Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
 - Gilde van Simontontherapeuten (GvS);
 - Internationale Beroepsvereniging van Macrotherapeuten (IBMT);
 - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
 - Landelijke Vereniging Psychosociaal Werkenden (LVPW);
 - Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);

- Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH);
- Nederlands Instituut voor Bio-energetische Analyse (NIBA);
- Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (NVPA);
- Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalttherapeuten (NBGT);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH);
- Nederlandse Beroepsvereniging Meridiaan- Kleurentherapie (NBMK);
- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA);
- Nederlandse Federatie Gezondheidszorg (NFG);
- Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH);
- Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) of Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
- Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten (NVBT);
- Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
- Nederlandse Vereniging voor Klassiek Homeopaten (NVKH);
- Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);
- Nederlandse Vereniging voor manuele Therapie (NVMT);
- Nederlandse Vereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR);
- Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
- Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten (NVPITea);
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT);
- Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST);
- Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (NVTTCG ZHONG);
- Nederlandse Beroepsvereniging voor Chinese Geneeswijzen (NBCG-YI);
- Omni Podo Genootschap (OMNI PODO en Stichting LOOP);
- Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
- Stichting International Free University (IFU);
- Vereniging Additieve Genezers (VAG);
- Vereniging Beter Natuurlijk (VBN);
- Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);
- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG);
- Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
- Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT);
- Vereniging Integrale Vitaliteitkunde (VIV);
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
- Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT);
- Vereniging van Transpersoonlijke Psychosociale Therapeuten (VTP);
- Vereniging voor lokai meridiaan Shiatsu-therapeuten (VIS);
- Vereniging voor Psychosynthese-therapie Nederland (VPN);
- Vereniging Verloskunde & Homeopathie (VV&H);

3. een podotherapeut, met uitzondering van de kosten van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen waaronder steunzolen.

- 1.2** Volledige vergoeding van de kosten van eurythmietherapie en/of therapeutische schilder- en boetseerlessen op voorschrift van een antroposofisch arts.
- 1.3** Vergoeding voor de middelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt en die zijn voorgeschreven door een arts, medisch specialist, kaakchirurg, tandarts of verloskundige en die zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Vergoeding wordt verleend tot maximaal €350,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

2 Bevalling en kraamzorg

2.1 Eigen bijdragen kraamzorg

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

2.2 Kraampakket

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

2.3 Meerlingen

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

2.4 Kraamzorg bij adoptie

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

3 Buitenland

3.1 Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

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

3.2 Hulpverlening/Alarmcentrale

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

3.3 Vervoer

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

3.4 Repatriëring

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

3.5 Niet spoedeisende zorg in het buitenland

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

Recht op vergoeding bestaat uitsluitend:

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

3.6 Uitsluiting

De kosten van alternatieve en bijzondere geneeswijzen en fertiliteitsbevorderende behandelingen in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

4 Eigen bijdrage farmaceutische zorg

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

5 Fysiotherapie en oefentherapie

Vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut, uitsluitend indien en voor zover

geen vergoeding (meer) bestaat krachtens de IAK Zorgverzekering of een of meerdere aanvullende verzekeringen in deze verzekeringsvoorwaarden.

Het recht op vergoeding bestaat indien:

- de behandeling plaatsvindt op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts of (medisch) specialist en
- de nota vergezeld is van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch geïndiceerd is, een en ander met inachtneming van Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (chronische aandoeningen);
- voor behandelingen die niet onder Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (niet-chronische aandoeningen) vallen door de zorgverzekeraar voorafgaande schriftelijk toestemming is verleend op grond van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Deze toestemming is uitsluitend noodzakelijk vanaf de 20^e behandeling.

Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

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

6 Groepstherapie

6.1 Groepstherapie bij kanker

Vergoeding voor de kosten van nazorg voor patiënten met kanker die aansluitend op de behandeling door de behandelend medischspecialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen in een ziekenhuis, integraal kankercentrum, instelling die voor de groepsrevalidatie 'Herstel en balans' gecertificeerd zijn door de Stichting 'Herstel en Balans', of een instelling die aangesloten is bij de Stichting Instellingen Psychosociale Oncologie (IPSO), tot maximaal €500,- per verzekerde per verzekeringsjaar op verwijzing van de medisch specialist.

6.2 Groepstherapie voor reumapatiënten

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

7 Huidtherapie

7.1 Huidtherapie

Vergoeding voor de kosten tot een maximum van €450,- per verzekerde per verzekeringsjaar voor:

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

Het recht op vergoeding voor deze kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelende huidtherapeut. Hieruit moet de noodzaak van de behandeling blijken. Onder huidtherapeut wordt verstaan een daartoe op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar, werkzaam binnen de eerste- en/of tweedelijns gezondheidszorg, die patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt.

7.2 Psoriasisdagbehandeling

Vergoeding voor de kosten van psoriasisdagbehandelingen gericht op het voorkomen en bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis in een (dagbehandelings)centrum waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, tot een maximum van €545,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

8 Hulpmiddelen

8.1 Eigen bijdragen

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

8.2 Brillenglazen/contactlenzen

Vergoeding voor de kosten van brillenglazen en contactlenzen: tezamen maximaal €250,- eenmaal per drie verzekeringsjaren. Bij een systeem van maand/kwartaal/jaarlenzen geldt deze vergoeding per drie jaar, ongeacht het aantal lenzen. Uitgesloten zijn de kosten van zonnebrillen, gekleurde glazen/ lenzen en brilmontuur.

8.3 Steunzolen

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

9 Lidmaatschap patiënten (belangen)vereniging

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

10 Logeerfaciliteit

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

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

Vergoeding voor de kosten van behandelingen:

- bij snurken (uvuloplastiek);
- voor correctie van bovenoogleden of oorstand;
- voor het operatief plaatsen of vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstampuatie;
- behandeling gericht op de circumcisie van de verzekerde;
- sterilisatie en hersteloperaties na sterilisatie (behalve bij vrijwillig ondergane sterilisatie), zowel voor man als vrouw.

Voor de eerste vier behandelingen wordt uitsluitend vergoeding verleend indien en voor zover daarvoor een medische noodzaak bestaat en na voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar.

Indicatie voor correctie van bovenoogleden:

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

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

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

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

12 Nachtelijk verblijf na oncologische behandeling

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

13 Overgangsconsult

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

14 Psychologische zorg

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

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

15 Preventieve onderzoeken

Vergoeding voor de kosten van:

- electrocardiogram (E.C.G.) eenmaal per verzekerde per verzekeringsjaar;
- baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje), uitgevoerd door een huisarts;
- borstkankeronderzoek;
- prostaatkankeronderzoek, eenmaal per verzekerde per twee verzekeringsjaren.

16 Preventieve vaccinaties en middelen

Vergoeding voor de kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen tegen DTP, cholera, gele koorts, hepatitis-A/B, malaria, meningococci en tyfus, ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland tot een maximum van €100,- per verzekerde per verzekeringsjaar. Vaccinaties en/of geneesmiddelen in verband met beroepsmatige reizen of beroepsmatig verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

17 Second opinion

Vergoeding voor de kosten van het raadplegen van een andere specialist ('second opinion'), indien de behandelend medisch specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld, uitsluitend voor zover en indien geen aanspraak daarop bestaat op grond van de IAK Zorgverzekering.

18 Sportmedisch advies/sportgeneeskunde

Vergoeding voor de kosten van behandelingen, consulten en sportkeuringen door een sportarts die werkzaam is in een sportmedische instelling die is aangesloten bij de Federatie van sportmedische instellingen (FSMI) tot maximaal €75,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

19 Stottertherapie

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

20 Tandheelkundige zorg

20.1 Voor verzekerden tot 18 jaar

Vergoeding van de kosten van behandelingen door een tandarts of een door de overheid erkend centrum voor bijzondere tandheelkunde, waarbij de vergoeding voor bruggen, brugdelen en kronen maximaal €750,- per verzekerde per jaar bedraagt.

20.2 Orthodontische behandeling (gebitsregulatie) voor verzekerden tot 18 jaar

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

20.3 Orthodontische behandeling (gebitsregulatie) voor verzekerden vanaf 18 jaar

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder bedraagt de vergoeding maximaal €1.000,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

21 Therapeutische kampen

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

22 Zittend ziekenvervoer

Vergoeding voor:

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

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

VII Comfort

Inhoudsopgave	Blz.		Blz.
VII Comfort	35		
1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen	35	8 Hulpmiddelen	38
2 Buitenland	36	9 Lidmaatschap patiënten (belangen)vereniging	39
3 Eigen bijdrage farmaceutische zorg	37	10 Nachtelijk verblijf na oncologische behandeling	39
4 Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	37	11 Pedicure voor diabetici	39
5 Groepstherapie	37	12 Preventieve onderzoeken	39
6 Herstellingsoort, kuuroord, bedevaart en gehandicaptenreis	38	13 Preventieve vaccinaties en middelen	39
7 Huidtherapie	38	14 Psychologische zorg	39
		15 Second opinion	39
		16 Zittend ziekenvervoer	39

Dekking

Omvang van de dekking

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

1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

1.1 Vergoeding voor de kosten van consulten en/of behandelingen door:

1. een arts, die zich specifiek heeft toegelegd op:
 - acupunctuur;
 - behandeling op antroposofische grondslag;
 - enzymtherapie;
 - flebologie / proctologie;
 - homeopathie;
 - behandeling volgens de Moermanmethode;
 - behandeling volgens de natuurgeneeswijze;
 - behandeling met (ortho)manipulatie (manuele geneeswijze) / orthopedische geneeskunde;
2. een therapeut of arts die lid is van één van de volgende verenigingen:
 - Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC);
 - Artsenvereniging voor Biofysische geneeskunde en Bioinformatie therapie (ABB);
 - Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG-2000);
 - Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN);
 - Beroepen Associatie Therapeut & Consument (BATC);
 - Beroepsgemeenschap van Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de Antroposofie (BPHA);
 - Beroepsorganisatie voor Paranormaal Therapeuten (NFPN);
 - Beroepsvereniging voor Kinesiologie (BvK);
 - Beroepsvereniging voor Holistisch Energetisch werkende Therapeut (BHET);
 - Beroepsvereniging voor APS Therapie (BVAT);
 - Beroepsvereniging Tekentaal (BVT);
 - Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB);
 - Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT);
 - Gilde van Simontontherapeuten (GvS);
 - Internationale Beroepsvereniging van Macrotherapeuten (IBMT);
 - Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG);
 - Landelijke Vereniging Psychosociaal Werkenden (LVPW);
 - Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG);
 - Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH);
 - Nederlands Instituut voor Bio-energetische Analyse (NIBA);

- Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (NVPA);
- Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT);
- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Gestalttherapeuten (NBGT);
- Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH);
- Nederlandse Beroepsvereniging Meridiaan- Kleuretherapie (NBMK);
- Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA);
- Nederlandse Federatie Gezondheidszorg (NFG);
- Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH);
- Nederlands Register voor Osteopaten (NRO) of Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);
- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
- Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten (NVBT);
- Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN);
- Nederlandse Vereniging voor Klassiek Homeopaten (NVKH);
- Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag);
- Nederlandse Vereniging voor manuele Therapie (NVMT);
- Nederlandse Vereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR);
- Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM);
- Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
- Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten (NVPITea);
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT);
- Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST);
- Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (NVTTCG ZHONG);
- Nederlandse Beroepsvereniging voor Chinese Geneeswijzen (NBCG-YI);
- Omni Podo Genootschap (OMNI PODO en Stichting LOOP);
- Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);
- Stichting International Free University (IFU);
- Vereniging Additieve Genezers (VAG);
- Vereniging Beter Natuurlijk (VBN);
- Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG);
- Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG);
- Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia (VGP);
- Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT);
- Vereniging Integrale Vitaliteitkunde (VIV);
- Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT);
- Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT);
- Vereniging van Transpersoonlijke Psychosociale Therapeuten (VTP);
- Vereniging voor lokai meridiaan Shiatsu-therapeuten (VIS);
- Vereniging voor Psychosynthese-therapie Nederland (VPN);
- Vereniging Verloskunde & Homeopathie (VV&H);

3. een podotherapeut, met uitzondering van de kosten van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen waaronder steunzolen.

- 1.2** Volledige vergoeding van de kosten van eurythmietherapie en/of therapeutische schilder- en boetseerlessen op voorschrift van een antroposofisch arts.
- 1.3** Vergoeding voor de middelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt en die zijn voorgeschreven door een arts, medisch specialist, kaakchirurg, tandarts of verloskundige en die zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Vergoeding wordt verleend tot maximaal €450,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

2 Buitenland

2.1 Spoedeisende zorg tijdens vakantie en tijdelijk verblijf

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

2.2 Hulpverlening/Alarmcentrale

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

2.3 Vervoer

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

2.4 Repatriëring

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

2.5 Niet spoedeisende zorg in het buitenland

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

Recht op vergoeding bestaat uitsluitend:

- na voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld;
- indien en voor zover niet reeds vergoeding plaatsvindt op grond van de IAK Zorgverzekering of een of meerdere aanvullende verzekeringen in deze verzekeringsvoorwaarden.

2.6 Uitsluiting

De kosten van alternatieve en bijzondere geneeswijzen en fertiliteitbevorderende behandelingen in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3 Eigen bijdrage farmaceutische zorg

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

4 Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

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

- de behandeling plaatsvindt op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts of (medisch) specialist en
- de nota vergezeld is van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Uit die indicatie moet blijken dat de behandeling medisch geïndiceerd is, een en ander met inachtneming van Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (chronische aandoeningen);
- voor behandelingen die niet onder Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (niet-chronische aandoeningen) vallen door de zorgverzekeraar voorafgaande schriftelijk toestemming is verleend op grond van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie is vermeld. Deze toestemming is uitsluitend noodzakelijk vanaf de 20^e behandeling.

Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

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

5 Groepstherapie

5.1 Groepstherapie bij kanker

Vergoeding voor de kosten van nazorg voor patiënten met kanker die aansluitend op de behandeling door de behandelend medisch specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen in een ziekenhuis, integraal kankercentrum, instelling die voor de groepsrevalidatie 'Herstel en balans' gecertificeerd zijn door de Stichting 'Herstel en Balans', of een instelling die aangesloten is bij de Stichting Instellingen Psychosociale Oncologie (IPSO), tot maximaal €500,- per verzekerde per verzekeringsjaar op verwijzing van de medisch specialist.

5.2 Groepstherapie voor reumapatiënten

Vergoeding voor de kosten van groepstherapie voor leden van de reumapatiëntenvereniging onder leiding van een fysiotherapeut tot een maximum van €180,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

6 Herstellingsoord, kuuroord, bedevaart en gehandicaptenreis

Vergoeding voor de kosten van:

- verblijf in een herstellingsoord tot maximaal €70,- per verzekerde per dag tot ten hoogste €1.250,- per verzekerde per verzekeringsjaar;
- verblijf in een kuuroord binnen Europa tot maximaal €2.500,- per verzekerde per verblijf eenmaal per drie verzekeringsjaren;
- bedevaart en gehandicaptenreis tot ten hoogste het nader overeengekomen bedrag.

Recht op vergoeding bestaat uitsluitend na voorafgaande toestemming door de zorgverzekeraar. Het verzoek om toestemming dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of medisch specialist. Geen aanspraak bestaat op vergoeding indien recht op deze zorg bestaat op grond van de AWBZ.

Voor de nadere informatie over genoemde vormen van zorg en voor de nadere inhoud en voorwaarden van de bedevaart en gehandicaptenreis dient vooraf contact te worden opgenomen met de Klantenservice Zorg- en inkomensverzekeringen, telefoonnummer +31 (0)40 261 18 88.

7 Huidtherapie

7.1 Huidtherapie

Vergoeding van de kosten per verzekerde per verzekeringsjaar voor:

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

Het recht op vergoeding voor deze kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelende huidtherapeut. Hieruit moet de noodzaak van de behandeling blijken. Onder huidtherapeut wordt verstaan een daartoe op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar, werkzaam binnen de eerste- en/of tweedelijns gezondheidszorg, die patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt.

7.2 Psoriasisdagbehandeling

Vergoeding voor de kosten van psoriasisdagbehandelingen gericht op het voorkomen en bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis in een (dagbehandelings)centrum waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, tot een maximum van €545,- per verzekerde per verzekeringsjaar.

8 Hulpmiddelen

8.1 Eigen bijdragen

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

8.2 Brillenglazen/contactlenzen

Vergoeding voor de kosten van brillenglazen en contactlenzen: tezamen maximaal €250,- eenmaal per drie verzekeringsjaren. Bij een systeem van maand/kwartaal/jaarlenzen geldt deze vergoeding per drie jaar, ongeacht het aantal lenzen. Uitgesloten zijn de kosten van zonnebrillen, gekleurde glazen/lenzen en brilmontuur.

8.3 Overige hulpmiddelen

Vergoeding voor de kosten van bruikleen van BiPAP, CPM apparatuur, lymfapress of UVB thuisbehandelings apparatuur, een en ander op voorschrift van een arts of medisch specialist en na voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar.

9 Lidmaatschap patiënten (belangen)vereniging

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

10 Nachtelijk verblijf na oncologische behandeling

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

11 Pedicure voor diabetici

Vergoeding van de kosten van voetverzorging door een pedicure aan een verzekerde bij wie sprake is van suikerziekte. De zorgverzekeraar kan vragen om een verklaring van een arts.

12 Preventieve onderzoeken

Vergoeding voor de kosten van:

- baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje), uitgevoerd door een huisarts;
- borstkankeronderzoek;
- cholesterolonderzoek, eenmaal per verzekerde per verzekeringsjaar;
- elektrocardiogram (E.C.G.);
- hart- en bloedvatenonderzoek;
- prostaatkankeronderzoek.

13 Preventieve vaccinaties en middelen

Vergoeding voor de kosten van vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen tegen DTP, cholera, gele koorts, hepatitis-A/B, malaria, meningococci en tyfus, ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland tot een maximum van € 100,- per verzekerde per verzekeringsjaar. Vaccinaties en/of geneesmiddelen in verband met beroepsmatige reizen of beroepsmatig verblijf in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.

14 Psychologische zorg

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

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

15 Second opinion

Vergoeding voor de kosten van het raadplegen van een andere specialist ('second opinion'), indien de behandelend medisch specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld, uitsluitend voor zover en indien geen aanspraak daarop bestaat op grond van de IAK Zorgverzekering.

16 Zittend ziekenvervoer

Vergoeding voor:

- de kosten van zittend ziekenvervoer (taxi, eigen auto of laagste klasse van openbaar vervoer) indien en voor zover geen vergoeding (meer) bestaat krachtens de medische indicaties als genoemd in de IAK Zorgverzekering en het daarvan deel

uitmakende Besluit en de Regeling zorgverzekering, een en ander ter beoordeling aan de zorgverzekeraar en na voorafgaande schriftelijke toestemming door de zorgverzekeraar; in geval van vervoer met eigen auto bedraagt de vergoeding een bij Regeling zorgverzekering te bepalen bedrag per kilometer verhoogd met €0,10 per kilometer;

- de (wettelijke) eigen bijdrage als genoemd in de Regeling zorgverzekering van de IAK Zorgverzekering, per verzekerde per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer (taxi, eigen auto of openbaar vervoer).

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

VIII Aanvullende verzekering Tandartskosten

Inhoudsopgave	Blz.
1 Dekking	41
2 Uitsluitingen	41

Algemeen

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

1 Dekking

1.1 Vergoeding voor de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden:

- in Nederland op basis van het door of namens de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de zorgverzekeraar genoemde kosten op basis van het in dat geval door het NZa krachtens de Wmg vastgestelde rechtsgeldige tarief (Wmg), tenzij anders aangegeven;
- voor de kosten van tandheelkundige zorg door een tandarts in België of Duitsland tot ten hoogste het rechtsgeldige tarief voor tandartsen in Nederland.

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

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

2 Uitsluitingen

Uitgesloten is de vergoeding voor kosten van:

- het opvullen van aanwezige diastemen (ontbrekende elementen) die ten tijde van de aanvraag verzekering aanwezig zijn;
- het plaatsen van kronen op gebitselementen die ten tijde van de aanvraag van de verzekering waren voorzien van een wortelkanaalbehandeling, tenzij reeds een kroon op het betreffende element aanwezig was;
- orthodontie;
- behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd dan wel tandheelkundig ondoelmatig zijn.

IX Aanvullende verzekering ZiekenhuisPlus

Inhoudsopgave	Blz.
1 Dekking	42
2 Vergoedingen	42
3 Verplichtingen verzekerde	42

Algemeen

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

1 Dekking

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

2 Vergoedingen

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

3 Verplichtingen verzekerde

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

X Aanvullende verzekering Huishoudelijke hulp

Inhoudsopgave	Blz.
---------------	------

1 Dekking	43
-----------	----

Algemeen

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

1 Dekking

Uitkering van het op het polisblad (zorgpolis) vermelde bedrag voor elke dag dat de persoon voor wie deze verzekering is afgesloten medisch noodzakelijk in een ziekenhuis wordt verpleegd en de kosten van die verpleging geheel of gedeeltelijk door de zorgverzekeraar op grond van de IAK Zorgverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed.

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

IAK Verzekeringen B.V. maakt deel uit van de
Unirobe Meeùs Groep, een onderdeel van AEGON.



Postbus 90165
5600 RV Eindhoven
Beukenlaan 70
5651 CD Eindhoven
Tel.: (040) 261 19 11
Fax.: (040) 261 12 05
www.iak.nl