

**Inhoudsopgave**

Artikel 1	Begripsomschrijvingen
OHRA Intens Goud	
Artikel 2	Bijzondere voorwaarden
Artikel 3	Dekking
Algemene voorwaarden	
Artikel 4	Uitsluitingen en beperkingen
Artikel 5	Grondslag van de verzekering
Artikel 6	Algemeen
Artikel 7	Duur en voortzetting van de verzekering
Artikel 8	Begin en einde van de vergoedingen
Artikel 9	Verplichtingen van de verzekeringnemer
Artikel 10	Premie en eigen risico
Artikel 11	Wijziging van premie en/of voorwaarden
Artikel 12	Slotbepaling
Artikel 13	Belangrijke aanwijzingen
OHRA Intens Tanden Gaaf	
Artikel 14	Bijzondere voorwaarden
Artikel 15	Dekking
OHRA Tandarts Plusverzekering	
Artikel 16	Pakket A
Artikel 17	Pakket B
Aanvullende verzekeringen	
Artikel 18	Verzekering "Hogere Klasseverpleging"



Artikel 1**Begripsomschrijving (in alfabetische volgorde)**

N.B. Afhankelijk van de door u gekozen dekking is het mogelijk dat u in dit artikel begrippen aantreft die in de dekkingsvoorwaarden niet voorkomen.

- 1 (Ernstige) acné** Een zodanige vorm van acné dat medische behandeling nodig is.
- 2 Adviserend tandarts** De tandarts die de verzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.
- 3 Audiologische zorg** Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding.
- 4 AWBZ** De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) heeft tot doel de gehele Nederlandse bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Deze zorg wordt niet uit de particuliere ziektekostenverzekering vergoed.
- 5 Bijkomende kosten** De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, pacemakers, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek).
- 6 Buitenland** Ieder ander land dan het land van vestiging.
- 7 C.P.M. (Continuous Passive Motion)-apparatuur** Apparatuur (motorslede) ten behoeve van het continu passief bewegen van gewrichten na operatieve ingrepen.
- 8 Dagverpleging** Kortere dan 24 uur durende (zogenaamde poliklinische) bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.
- 9 Dienstenstructuur** Een in Nederland gevestigde instelling waar integrale huisartsenhulp wordt verleend gedurende avond, nacht, weekend en feestdagen en als zodanig erkend door de bevoegde overheidsinstantie.
- 10 Eerstelijns psychologische hulp** Kortdurende psychologische hulp te verlenen door een vrijgevestigde psycholoog die een samenwerkingsverband heeft met een of meer huisartsen.
- 11 Eigen bijdrage** De bijdrage in kosten van verstrekkingen die de verzekerde verschuldigd is op grond van de AWBZ, de Ziekenfondswet of de daarop gebaseerde regelgeving.
- 12 Epilatie** Het verwijderen van overvloedige beharing.
- 13 (Centrum voor) erfelijkheidsonderzoek** Onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboom-, chromosoom-, ultrageluid en DNA-onderzoek, biochemische diagnostiek, erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding. Het onderzoek dient plaats te vinden in een in Nederland gelegen instelling die is toegelaten op grond van artikel 2 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor het toepassen van klinisch-genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
- 14 Farmaceutische zorg** Farmaceutische zorg omvat:
- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) mogen worden afgeleverd.
 - andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de WOG mogen worden afgeleverd.
 - bloedproducten en uit bloed bereide producten als bedoeld in de Wet inzake bloedvoorziening.
 - polymere, oligomere en modulaire dieetpreparaten.
- Deze preparaten zijn kunstmatig bereide voedingen waarin eiwitten, vetten, suikers, koolhydraten en/of vitamines zijn opgenomen. De preparaten zijn ontwikkeld voor personen met een ernstige:
- slik-;
 - passage-;
 - stofwisselingsstoornis of
 - een ernstige voedselallergie;
 - chronisch obstructief longlijden;
 - cystische fibrose;
 - aangeboren hartfalen bij kinderen.
 - verbandmiddelen, voorzover een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.
- 15 Flebologie** Medische behandeling van aandoeningen aan de aderen, waaronder spataderen.
- 16 Gezin** Twee gehuwden dan wel twee personen die buiten de echt duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijk huishouden hebben, waarbij de duurzaamheid van samenwoning ter beoordeling is aan de verzekeraar, dan wel één verzorgende ouder, alsmede de ongetrouwde eigen, stief, pleeg en adoptiekinderen tot 27 jaar.
- Voor die kinderen moet aanspraak bestaan op:
- kinderbijslag of
 - buitengewone lastenafrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001 of
 - een toelage ingevolge de Wet studiefinanciering 2000.
- 17 Herstellingsoord** Een centrum dat hulp biedt aan personen die na lichamelijke ziekte en/of daaraan verbonden medische behandeling tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben gedurende 24 uur per dag.
- 18 Homeopatische en antroposofische geneesmiddelen** Middelen die voldoen aan het Besluit homeopatische farmaceutische producten en geregistreerd zijn als homeopatisch en/of antroposofisch geneesmiddel.
- 19 Hoofdverzekerde** Diegene die op grond van de Ziekenfondswet als hoofdverzekerde is ingeschreven.
- 20 Hoofdverzekering** De verzekering op grond van de Ziekenfondswet of Standaard(pakket)polis (Spp).

21 Huidtherapeut	Een daartoe op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar, werkzaam binnen de eerste en/of tweedelijns gezondheidszorg, die patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt.
22 Hulpmiddelen	Hulpmiddelen omvatten de medische middelen die in de NUTS Regeling Hulpmiddelen zijn opgenomen.
23 Kraamzorg	De zorg, verleend door een aan een kraamcentrum verbonden (leerling)kraamverzorgster, waarbij deze bij verzekerde thuis verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.
24 Kuuroord	Een instelling waarbinnen een gestructureerd kuurprogramma onder (para)medische begeleiding wordt geboden.
25 Laboratoriumonderzoek	Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend.
26 Lymfapress	Apparatuur te gebruiken in de thuissituatie, ter bevordering van het afvoeren van overtollig lymfvocht uit de weefsels na operatieve ingrepen.
27 Medisch adviseur	De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
28 Medisch hulpverlener	Een in Nederland gevestigd arts, diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck, manueel therapeut, huisarts, kaakchirurg, medisch specialist, logopedist, orthodontist, tandarts en verloskundige die voldoet aan de eisen als bedoeld in de toepasselijke wet- en regelgeving.
29 Medische indicatie	De indicatie voor verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.
30 Medisch-specialistische zorg	Behandeling of onderzoek, volgens hetgeen in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.
31 Ongeval	Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht waarvan door de verzekeraar de aard en plaats geneeskundig vast te stellen zijn.
32 Podotherapie	Het met een geneeskundig doel behouden en verbeteren van de functie van de voet door middel van het aan de voet toepassen van correctieve en protectieve technieken, het uitwendig bestrijden van aan de voet aanwezige huidaandoeningen en het voorkomen en bestrijden van nagelafwijkingen, met uitzondering van die behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure.
33 Repatriëring	Het medisch noodzakelijk ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar Nederland, voorzover sprake is van verblijf in het buitenland wegens vakantie, dienstreis of studiedoeleinden.
34 Resocialisatie	Verblijf buiten het ziekenhuis in de eigen (huiselijke) omgeving, deel uitmakend van de behandeling ter voorbereiding op een naderend ontslag uit het ziekenhuis.
35 Revalidatie behandeluren	Behandeling, advisering en begeleiding gedurende een aantal uren of een gedeelte daarvan door een multidisciplinair team alsmede de hiermee verband houdende verzorging in een door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting voor revalidatiebehandeling. Het multidisciplinaire team dient in ieder geval te bestaan uit een medisch specialist, een paramedisch beroepsbeoefenaar en daarnaast uit een psycholoog of deskundige op maatschappelijk, arbeidskundig of revalidatietechnisch terrein.
36 (Centrum voor) tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen	Tandheelkundige hulp in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel aangeboren of verworven afwijkingen, heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. De behandeling dient plaats te vinden in een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkend of voorlopig erkend universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor bijzondere tandheelkunde, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
37 Verwerking van persoonsgegevens	Elke handeling of elk geheel van handelingen met betrekking tot persoonsgegevens, waaronder in ieder geval het verzamelen, vastleggen, ordenen, bewaren, bijwerken, wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiding of enige andere vorm van ter beschikkingstelling, samenbrengen, met elkaar in verband brengen alsmede afschermen, uitwissen of vernietigen van gegevens.
38 Verzekeraar	OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.
39 Verzekerde	Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is geregistreerd.
40 Verzekeringnemer	Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
41 Verzekeringsjaar	De periode, zoals omschreven op het polisblad. Indien op het polisblad geen periode vermeld is, wordt het verzekeringsjaar geacht gelijk te zijn aan het kalenderjaar.
42 Zelfstandig behandelcentrum	Een in Nederland gevestigde instelling waarin met name niet-klinische specialistische zorg wordt verleend en als zodanig erkend door de bevoegde overheidsinstantie.
43 Ziekenhuis	Een in Nederland gelegen instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis, sanatorium of kraamcentrum is erkend door de bevoegde overheidsinstantie. Hiermee gelijkgesteld is het Nederlands Astma Centrum in Davos.
44 Ziekenhuisverpleging	De opname en het verdere verblijf van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl ononderbroken behandeling door een specialist en/of kaakchirurg medisch noodzakelijk moet zijn.
45 Ziekenvervoer	Het medisch noodzakelijk vervoer in Nederland van de verzekerde zelf, verband houdend met medische behandeling ten behoeve van deze verzekerde, mits de kosten van deze behandeling geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen.
46 Zorgaanbieder	Een in Nederland gevestigde hulpverlener of hulpverlenende instantie die zorg biedt zoals omschreven in de dekking.

Artikel 2**1 Aanvulling****Bijzondere voorwaarden**

Uit de 'Algemene voorwaarden' zijn de volgende artikelen niet van toepassing: 7.3.4 en 10.2.

In aanvulling op de 'Algemene voorwaarden' geldt:

- 1 Indien de verzekering wordt aangevraagd tezamen met een hoofdverzekering zal de verzekering op dezelfde dag ingaan als de hoofdverzekering. In alle overige gevallen is de ingangsdatum de eerste van de volgende kalendermaand.
- 2 Kinderen jonger dan 18 jaar zijn kosteloos meeverzekerd, mits de ouder(s) ook is (zijn) verzekerd onder deze verzekering.

2 Einde van de verzekering

De verzekering eindigt met ingang van de dag dat de hoofdverzekering eindigt.

3 Uitsluiting

Geen vergoeding wordt verleend voor kosten die verband houden met vervoer naar of van een alternatief hulpverlener.

Artikel 3**Dekking**

De verzekeraar vergoedt de kosten die voor zijn verzekerden zijn ontstaan ten gevolge van medisch noodzakelijke hulp, tenzij anders aangegeven, voorzover het risico in de verzekering is begrepen, overeenkomstig de hierna genoemde dekking. Dekking wordt verleend op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen, vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het in dat geval door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde rechtsgeldige tarief, tenzij anders aangegeven.

1 Alternatieve en bijzondere geneeswijzen

Vergoeding van 75% voor de kosten van behandeling tot een maximum van € 545,00 per verzekerde per kalenderjaar voor:

- a natuurgeneeskundige consulten en/of behandelingen door een arts die praktizeert als natuurarts en/of
- b homeopatische consulten en/of behandelingen door een arts die praktizeert als homeopatisch arts en/of
- c antroposofische consulten en/of behandelingen door een arts die praktizeert als antroposofisch arts en/of
- d consulten en/of acupunctuurbehandelingen door een artsacupuncturist en/of
- e consulten en/of behandelingen door een arts die behandelt volgens de Moermantherapie en/of
- f consulten en/of flebologische/proctologische behandelingen door een arts die als fleboloog/proctoloog werkzaam is en/of
- g consulten en/of enzymtherapeutische behandelingen door een arts die praktizeert als enzymtherapeut en/of
- h consulten en/of manueel-therapeutische behandelingen door een arts voor orthomanele therapie of orthopedische geneeskunde en/of
- i consulten en/of chiropractische behandelingen door een chiropractor en/of
- j consulten en/of podotherapeutische behandelingen door een podotherapeut, met uitzondering van de daarbij vervaardigde hulpmiddelen;

Vergoeding tot een maximum van € 545,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van psoriasisdagbehandeling. Het recht op vergoeding bestaat indien de psoriasisdagbehandeling plaatsvindt in een centrum waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

2 Bevallings en kraamzorg

- 1 Volledige vergoeding van de verschuldigde wettelijke eigen bijdrage voor een poliklinische bevaling zonder medische indicatie in het ziekenhuis.
- 2 Volledige vergoeding van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage van kraamzorg of – verpleging.
- 3 Lactatiekundige hulp, bevordering van borstvoeding voor zuigelingen.
Vergoeding tot een maximum van € 115,00 per bevalling voor de kosten van lactatiekundige hulp uitgevoerd door een lactatiekundige aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen.
Lactatiekundige hulp omvat advisering, voorlichting en praktische ondersteuning.
- 4 Kraampakket
Voor een bevalling ontvangt u een kraampakket. Voorwaarde is dat uiterlijk in de vijfde maand van de zwangerschap aanmelding plaatsvindt. U ontvangt het kraampakket uiterlijk zes weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum thuis.

Het recht op vergoeding van of bemiddeling voor de in dit artikel genoemde hulp bestaat indien de moeder op deze polis verzekerd is.

3 Buitenland

Behandeling in het buitenland wegens een onvoorziens ziektegeval

- 1 a Volledige vergoeding voor de kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp tot ten hoogste de in Nederland geldende tarieven wegens een onvoorziens ziektegeval ontstaan tijdens de eerste 6 maanden van een tijdelijk verblijf in het buitenland. Geen vergoeding wordt verleend indien er sprake is van verblijf in het buitenland in verband met beroepswerkzaamheden, overwintering, studie en stage.
De hulp omvat uitsluitend de kosten van:
 - medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis gepaard gaande met opname gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval;
 - medisch-specialistische zorg zonder opname;
 - behandeling door een huisarts;
 - farmaceutische zorg op voorschrift van een huisarts of een medisch specialist.

- b Volledige vergoeding voor de kosten van organisatie van hulpverlening door de Alarmcentrale Omnicare, alsmede de kosten van telefoon, telegram enz., gemaakt om contact op te nemen met de Alarmcentrale Omnicare;
In geval van een acute ziekenhuisopname in het buitenland dient direct contact te worden opgenomen met de Alarmcentrale Omnicare. De Alarmcentrale Omnicare is dag en nacht bereikbaar, ook in het weekend, onder telefoonnummer is +3120 618 1186.
- c Repatriëring
Volledige vergoeding voor de kosten van repatriëring per ambulance en/of per vliegtuig inclusief de in rekening gebrachte kosten voor begeleiding. Vergoeding wordt verleend indien voor de repatriëring een medische indicatie aanwezig is. Ter beoordeling van de medische indicatie dient een voorgenomen repatriëring vooraf te worden gemeld bij de Alarmcentrale Omnicare als genoemd onder b.
- d Vergoeding voor de kosten bij overlijden van de verzekerde van:
 - het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland óf
 - begrafenis of crematie in het buitenland en de kosten verbonden aan de overkomst van gezinsleden tot een maximumbedrag dat gepaard zou zijn gegaan met repatriëring van het stoffelijk overschot.
- e Volledige vergoeding voor de kosten van bemiddeling bij overmaken van benodigd geld in verband met het genoemde ziektegeval.
- f Volledige vergoeding voor de kosten van de organisatie van toezending van noodzakelijke medicijnen en/of hulpmiddelen.
- g Tandheelkundige kosten: vergoeding tot een maximum van € 341,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van spoedeisende tandheelkundige hulp.
- 2 Behandeling binnen Europa wegens een voorzien ziektegeval.
Vergoeding voor de kosten van medische hulp binnen Europa tot ten hoogste de in Nederland geldende tarieven.
Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:
 - de hulp ook in Nederland onder de polisdekking valt en
 - voorafgaande schriftelijke toestemming van de verzekeraar aanwezig is, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.
De in de polisdekking genoemde geldende maximale vergoedingen zijn van toepassing.
Geen recht op vergoeding bestaat voor de kosten van vervoer naar, in en van het buitenland.
- 3 De kosten ontstaan als gevolg van het uitoefenen van wedstrijdsport in het buitenland komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 4 Geen aanspraak op vergoeding bestaat voor de kosten verband houdend met medische hulp, die uitsluitend of mede het doel vormt van een verblijf in een van de landen buiten Europa.
- 5 Voor vergoeding komen uitsluitend nota's in aanmerking die zijn gesteld in de Nederlandse, Franse, Duitse, Engelse of Spaanse taal. De vergoeding geschiedt in Nederland in Nederlands wettig betaalmiddel op basis van de dagkoers in Nederland ten tijde van de datum van de medische behandeling.
- 6 Alleen in geval van een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname is rechtstreekse betaling aan een buitenlandse instelling mogelijk.
- 4 Couveusenazorg**
Vergoeding voor de kosten van ten hoogste 12 uur tot een maximum van € 21,00 per uur in aansluiting op het verblijf van de baby in een couveuse van tenminste 14 aaneengesloten dagen.
Voorwaarde is dat de baby op deze polis verzekerd is.
- 5 Diëtistische voedingsadviezen**
Vergoeding tot een maximum van € 227,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van voedingsadviezen door een diëtist na schriftelijke verwijzing door de huisarts of de behandelende specialist.
- 6 Eerstelijns psychologische hulp**
Eenmaal in de twee kalenderjaren een vergoeding van 75% voor de kosten van 'intake' en behandeling door een eerstelijns psycholoog tot een maximum van € 545,00 per verzekerde per indicatie.
Het recht op vergoeding voor de kosten bestaat als:
 - de aanvraag vergezeld is van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie en duur van de behandeling wordt vermeld en
 - de verzekeraar vooraf schriftelijke toestemming heeft verleend en
 - de eerstelijns psycholoog aangesloten is bij de LVF, ROEP, NIP of Cenzo.
Wij zijn graag behulpzaam bij het vinden van een zorgaanbieder, tel: 070-310 08 80.
Geen vergoeding wordt verleend voor kosten van behandelingen gerelateerd aan onderwijs en scholing.
- 7 Eigen bijdrage gezinshulp**
Vergoeding van 75% tot een maximum van € 681,00 per kalenderjaar voor de kosten van de eigen bijdrage in aanvulling op de dekking die wordt geboden door de AWBZ. De vergoeding wordt alleen verleend aan verzekerden die verzekerd zijn krachtens de AWBZ en als is voldaan aan de in of krachtens deze wet gestelde voorwaarden en regels.
Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien:
 - de persoon die voor gezinshulp in aanmerking komt op deze polis verzekerd is en
 - de gezinshulp verkregen wordt door bemiddeling van of verleend door een van overheidswege erkende instelling.
Geen vergoeding wordt verleend voor de eigen bijdrage van alphahulpverlening.
- 8 Eigen bijdrage ziekenvervoer**
Volledige vergoeding voor de verschuldigde wettelijke eigen bijdrage voor ziekenvervoer.
- 9 Farmaceutische hulp**
 - 1 Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing verklaard.
De eigen bijdrage die verschuldigd is boven de in het GVS gemaximeerde vergoeding komt overeenkomstig artikel 3.9.3 voor vergoeding in aanmerking.
 - 2 Farmaceutische hulp die niet overeenkomstig de in de hoofdverzekering genoemde regelingen farmaceutische hulp is verleend, doch die geneesmiddelen betreft die overeenkomstig de WOG geleverd mogen worden en die op voorschrift van een in Nederland gevestigde arts, tandarts, tandartspecialist of verloskundige zijn geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts, komt overeenkomstig artikel 3.9.3 voor vergoeding in aanmerking.

- 3 Vergoeding wordt verleend tot een maximum van € 227,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de in artikel 3.9.1 en artikel 3.9.2 genoemde kosten tezamen.
- 4 Geen vergoeding wordt verleend voor:
 - vaccinaties, ook als deze worden gegeven ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland, met uitzondering van de vaccinaties zoals genoemd in artikel 3.20.
 - versterkende middelen, voedings en vermageringsmiddelen.
 - tonica, medicinale wijnen en/of traanproducten.
 - zepen, shampoos, badoliën, balsems, lotions en/of haargroeimiddelen.
 - laxeremiddelen.
 - steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige hulp.
 - verbandmiddelen, tenzij er sprake is van een ernstige aandoening, waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.
 - middelen die voor andere indicaties worden toegepast dan waarvoor WOGregistratie is afgegeven.
 - middelen die niet voldoen aan het Besluit homeopatische farmaceutische producten of niet geregistreerd zijn als homeopatisch en/of antroposofisch geneesmiddel.
 - middelen ter behandeling van nicotineafhankelijkheid die niet voldoen aan de regeling Farmaceutische Zorg.
 - vitaminepreparaten die niet voldoen aan de regeling Farmaceutische Zorg.
 - middelen genoemd in bijlage 2 van de regeling Farmaceutische Zorg die worden toegepast voor andere indicaties dan genoemd in die regeling.
 - zelfzorgmiddelen en identieke receptgeneesmiddelen voor kortdurend dan wel chronisch gebruik gedurende de eerste 15 dagen.

10 Fysiotherapie en oefentherapie

Vergoeding van 75% voor de kosten van 12 behandelingen door een fysiotherapeut per indicatie per kalenderjaar vanaf het moment dat geen vergoeding meer plaatsvindt vanuit de hoofdverzekering.

Volledige vergoeding voor de kosten van 12 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/Cesar vanaf het moment dat geen vergoeding meer plaatsvindt vanuit de hoofdverzekering.

Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien:

- de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelend arts, waarin de indicatie wordt vermeld en
- uit die indicatie blijkt dat de behandeling medisch noodzakelijk is;

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van o.a.:

- zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek;
- sportmassage;
- arbeids- en bezigheidstherapie en
- therapie die alleen gegeven wordt om de lichamelijke conditie door middel van training te bevorderen.

Wij zijn graag behulpzaam bij het vinden van een zorgaanbieder, tel: 070 – 310 08 80.

11 Gehandicaptenvakanties

Onder bepaalde door de verzekeraar te stellen voorwaarden kan worden deelgenomen aan gehandicaptenvakanties. Voor informatie kunt u contact opnemen met de verzekeraar, tel: 070 – 310 08 80.

12 Groepstherapie voor reumapatiënten

Vergoeding tot een maximum van € 137,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van groepstherapie onder leiding van een fysiotherapeut voor de leden van de reumapatiëntenvereniging.

13 Herstellingsoorden

Vergoeding van € 35,00 per dag tot een maximum van € 545,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van verblijf in een gecontracteerd herstellingsoord, na voorafgaande schriftelijke toestemming van de verzekeraar.

14 Huidtherapie

- 1 Camouflagetherapie
Vergoeding van 75% tot een maximum van € 182,00 gedurende de looptijd van de verzekering voor de kosten van camouflagelessen door een huidtherapeut en de aanschafkosten van de voor die lessen benodigde middelen.
- 2 Epilatie in het gelaat
Vergoeding van 75% tot een maximum van € 182,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van epilatie in het gelaat door een huidtherapeut. De vergoeding wordt verleend voor maximaal twee kalenderjaren gedurende de looptijd van de verzekering.
- 3 Acné-behandeling
Vergoeding van 75% tot een maximum van € 182,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van peeling door een huidtherapeut in geval van ernstige acné.
- 4 Oedeemtherapie
Vergoeding tot een maximum € 182,00 van per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van behandeling door een huidtherapeut.

Het recht op vergoeding voor de in dit artikel genoemde kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelende huidtherapeut. Hieruit moet de noodzaak van de behandeling blijken. Deze verklaring is nodig bij aanvang van de behandeling.

Wij zijn graag behulpzaam bij het vinden van een zorgaanbieder, tel: 070 – 310 08 80.

15 Hulpmiddelen

- a Steunzolen
Vergoeding van 75% voor de kosten van één paar steunzolen per kalenderjaar.
Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien:
 - de steunzolen individueel en naar maat vervaardigd zijn en
 - geleverd worden door een erkend orthopedisch bedrijf van hulpmiddelen of een podotherapeut.
- b Plaswekker
Vergoeding voor de huurkosten van een plaswekker voor de verzekerde in de leeftijd tussen de 7 en 16 jaar bij enuresis nocturna (nachtelijk bedplassen) met een maximum van 90 dagen.
Het recht op vergoeding van de kosten bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelende arts. Uit die verklaring moet blijken dat het gebruik van het hulpmiddel noodzakelijk is.
- c Huurkosten hulpmiddelen
Vergoeding voor de huurkosten van de hierna genoemde hulpmiddelen (in eenvoudige uitvoering)

verstrekkt door de thuiszorgorganisatie, nadat de uitleentermijn is verstreken. De termijn waarover vergoeding plaatsvindt, is gemaximeerd tot zes maanden per hulpmiddel. Met betrekking tot de door de verzekeraar te verlenen vergoeding wordt aansluiting gezocht bij de tarieven zoals vastgesteld door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.

Het betreft de volgende hulpmiddelen:

- hoog ledikant;
- mechanisch hooglaagbed;
- elektrisch hooglaagbed;
- papegaai vast aan bed;
- papegaai op standaard;
- onrusthekken;
- elektrische bedcarrier;
- hydraulische bedcarrier;
- uitzuigapparatuur.
- gelkussen;
- flotationpad;
- astronautenkussen;
- watermatras
- luchtmatras;
- vezelmatras;
- matras;
- infuusstandaard;

Het recht op vergoeding van deze hulpmiddelen bestaat indien de nota is vergezeld van een verklaring van de behandelende arts, waarin de indicatie wordt vermeld en waaruit blijkt dat het gebruik van het hulpmiddel medisch noodzakelijk is.

d Hyperfree

Volledige vergoeding voor de kosten van een hyperfree. Het recht op vergoeding van kosten bestaat indien de hyperfree is voorgeschreven door de huisarts.

e Steunpessarium

Volledige vergoeding voor de kosten van een steunpessarium.

f Vergoeding van 75% tot een maximum van € 454,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de eigen bijdrage die verzekerde is verschuldigd boven de uit de NUTS regeling Hulpmiddelen verleende gemaximeerde vergoeding.

De regeling maakt deel uit van deze voorwaarden van verzekering en wordt op verzoek kosteloos toegezonden.

16 Lidmaatschap patiëntenverenigingen

Vergoeding tot een maximum van € 69,00 per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering voor de contributie van patiëntenverenigingen.

Voorwaarde voor vergoeding is dat de patiëntenverenigingen in ieder geval:

- activiteiten ontplooiën en
- gespreksgroepen organiseren en
- voorlichting geven,

verband houdend met de aandoening van verzekerde.

17 Logeerfaciliteiten

Vanaf de 14e nacht vergoeding tot een maximum van € 227,00 per verzekerde per kalenderjaar voor 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 langer dan 14 dagen;
- van een kind in een Mappa Mondo na schriftelijke toestemming door de verzekeraar.

Voorwaarde is dat het kind op deze polis verzekerd is.

18 Nachtelijk verblijf in een oncologisch ziekenhuis

Vergoeding voor de kosten van nachtelijk verblijf tot een maximum van € 35,00 per nacht per verzekerde in aansluiting op een poliklinische behandeling door middel van bestraling c.q. behandeling met cytostatica in de Dr. Daniël den Hoed Kliniek te Rotterdam of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis te Amsterdam.

19 Orthoptie

Volledige vergoeding voor de kosten van oogbehandeling en –onderzoek door een orthoptist, erkend door de Orthoptische Raad.

Het recht op vergoeding bestaat na verwijzing door een huisarts of specialist.

20 Preventieve behandelingen

Volledige vergoeding voor de kosten van de volgende preventieve behandelingen:

- a electrocardiogrammen (ECG's) en
- b baarmoederhalskankeronderzoek (uitstrijkje) uitgevoerd door een huisarts en
- c borstkankeronderzoeken en
- d preventief onderzoek van hart en bloedvaten en
- e prostaatonderzoek en
- f cholesterolltests en
- g griepvaccin (gegeven door de eigen huisarts).

Het recht op vergoeding bestaat éénmaal per verzekerde per kalenderjaar.

21 Reiskosten ouders

Vergoeding voor de reiskosten naar een ziekenhuis in Nederland in verband met een ziekenhuisopname van een kind. Vergoeding wordt verleend op basis van de kosten van openbaar vervoer, 2e klasse aan één ouder per bezoek tot maximaal vier bezoeken per week.

Het recht op vergoeding voor de in dit artikel genoemde kosten bestaat indien het kind:

- op deze polis verzekerd is en
- niet ouder is dan 15 jaar en
- opgenomen is in een ziekenhuis buiten de eigen woonplaats.

22 Second opinion

Volledige vergoeding voor de kosten van het raadplegen van een andere specialist ('second opinion'), indien de behandelende specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld.

23 Sportblessures

Vergoeding voor de kosten van:

- twee sportgeneeskundige consulten per verzekerde per kalenderjaar door een sportarts aangesloten bij de Vereniging van Sportgeneeskunde en
- sport medisch onderzoek in een Sport Medisch Adviescentrum tot een maximum van € 35,00 per verzekerde per kalenderjaar.

Het recht op vergoeding bestaat na verwijzing door een huisarts of specialist.

24 Sportorganisaties voor hartpatiënten

Vergoeding tot een maximum van € 159,00 per verzekerde per kalenderjaar voor de kosten van deelname aan activiteiten van sportorganisaties voor hartpatiënten. Het recht op vergoeding bestaat als:

- er sprake is van een tijdelijke of blijvende hartaandoening zoals bijvoorbeeld na een doorgemaakte hartinfarct, een dotterprocedure of een open hartoperatie en
- de activiteiten plaatsvinden met schriftelijke goedkeuring van de behandelend arts/-specialist onder deskundige leiding;

- de nota vergezeld is van deze schriftelijke verklaring. De verklaring is nodig bij aanvang van de activiteiten.

25 Stottertherapie

Vergoeding van 80% voor de kosten van stottertherapie en stottercoaching volgens de methode Del Ferro, De Pauw of Hausdörfer.

26 Tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 18 jaar

- 1 Kaakorthopedische behandelingen (gebitsregulatie)
Vergoeding tot een maximum van € 908,00 per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering voor de kosten van behandeling door een orthodontist of tandarts.
Geen vergoeding wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is, een en ander ter beoordeling aan de verzekeraar.
- 2 Kroon- en brugwerk
Vergoeding van 75% tot een maximum van € 341,00 per kalenderjaar.
voor de kosten, inclusief techniekkosten, van behandeling door een tandarts voor kroon- en brugwerk, een en ander ter beoordeling aan de verzekeraar.
Geen vergoeding wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

27 Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar

- Prothetische hulp
- Aanvullende vergoeding op de uitkering uit de hoofdverzekering voor de kosten van een volledige prothese tot € 90,00 per onder of bovenprothese vervaardigd door een gespecialiseerde tandarts of een tandprotheticus.
- Het recht op vergoeding bestaat indien:
- de behandelingen doelmatig, niet onnodig kostbaar en/of gecompliceerd zijn en
 - de tandprotheticus een overeenkomst heeft met de verzekeraar.

28 Therapeutische kampen

Vergoeding tot een maximum van € 7,00 per verblijfsdag voor de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp voor chronisch zieke of astmatische kinderen jonger dan 16 jaar. Deze vergoeding geldt voor maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

Het recht op vergoeding van deze kosten bestaat indien vooraf schriftelijke toestemming door de verzekeraar is verleend.

Algemene voorwaarden

Artikel 4

Uitsluitingen en beperkingen

In een aantal situaties kan er geen aanspraak worden gemaakt op kostenvergoeding.

Geen vergoeding wordt verleend:

- 1 als de kosten het gevolg zijn van ziekten en/of afwijkingen waarvan het risico, volgens aantekening op de polis, van de verzekering is uitgesloten.
- 2 voor de kosten van:
 - inwendige elektrostimulators en het inbrengen hiervan;
 - het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie en de gevolgen hiervan;
 - chelatie- en celtherapie;
 - vormverbeterende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid. Vergoeding wordt wel verleend wanneer er sprake is van vermindering ten gevolge van een ongeval, lichamelijke ziekte of van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- 3 als de kosten betrekking hebben op de eigen bijdragen:
 - ingevolge de Ziekenfondswet;
 - ingevolge de AWBZ, tenzij deze worden genoemd in de dekking;
 - van bevolkingsonderzoeken.
- 4 voor de kosten die het gevolg zijn van of verband houden met:
 - atoomkernreacties, tenzij aangewend voor de medische behandeling van de verzekerde;
 - onlusten;
 - oproer;
 - burgeroorlog;
 - oorlog;
 - of daarmee in feite overeenkomende toestanden.
- 5 Indien, zo de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op vergoeding van schade en/of kosten, voorzieningen in natura en/of hulpverlening op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zullen alleen die schade, kosten, voorzieningen in natura en/of hulpverlening voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.
- 6 als de verzekeringnemer, een verzekerde of een derde opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt.

Artikel 5

Grondslag van de verzekering

- 1 De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend aanvraagformulier en de eventueel daarnaast verstrekte gegevens.
- 2 De verzekeraar is geen vergoeding van kosten verschuldigd als de verzekeraar niet in de gelegenheid is gesteld de juiste omvang van het te verzekeren risico te beoordelen. Beoordeling is niet mogelijk als de op het aanvraagformulier gestelde vragen niet, onvolledig of in strijd met de waarheid zijn beantwoord dan wel opzettelijk, met de bedoeling de verzekeraar te misleiden, gegevens zijn verzwegen.
De verzekeraar is bevoegd in deze gevallen zich op nietigheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen dan wel deze zonder inachtneming van een opzegtermijn te beëindigen.

Artikel 6

Algemeen

- 1 Voor gezinnen geldt, dat alle tot het gezin behorende personen op basis van dezelfde voorwaarden van verzekering (polisdekking) bij de verzekeraar moeten worden verzekerd.
- 2 De verzekerde is vrij in de keuze van apotheek, medisch hulpverlener en instelling, tenzij bemiddeling plaats vindt door de verzekeraar.
3. a Privacy
OHRA verwerkt persoonsgegevens en bedrijfsgegevens voor zover dat nodig is voor een verantwoorde uitoefening van de bedrijfsdoelstellingen van OHRA en het Delta Lloyd-concern, waarvan OHRA deel uitmaakt. Deze uitoefening bestaat uit:
 - Het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van het voorbereiden, het aangaan, de uitvoering en beëindiging van overeenkomsten. Hieronder vallen onder meer de gegevensverwerking in het kader van de precontractuele fase, het maken van offertes en het verschaffen van informatie, het kopen, bestellen en het leveren van goederen en diensten en het beheersen en beperken van de schadelast. Het afhandelen van transacties en ook het bemiddelen bij volgende transacties of verzoeken die voortkomen uit eerdere dienstverlening zoals claims, declaraties of tussentijdse beëindiging;
 - Het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van management-informatie, producten dienstontwikkeling en het bepalen van het algemene beleid of andere activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering;
 - Het voldoen aan wettelijke verplichtingen;
 - Het verwerken van persoonsgegevens ter voorkoming van afhandeling van fraude, waaronder het verstrekken van informatie over claims, declaraties en tussentijdse beëindigingen, binnen de branche en gerechtelijke instanties;
 - Het behandelen van geschillen en het doen uitoefenen van accountantscontrole;
 - Het verwerken van persoonsgegevens, niet zijnde bijzondere gegevens, voor direct marketing doeleinden en servicegerichte doeleinden gericht op het tot stand brengen, in stand houden en uitbreiden van een directe relatie tussen OHRA en de andere maatschappijen binnen het Delta Lloyd-concern met klanten, precontractuele klanten en prospects.
- b Recht van Verzet
Als u geen prijs stelt op informatie over producten en diensten door OHRA, dan kunt u daartegen verzet aantekenen.
- c Inzage- en Correctierecht
U heeft tevens de mogelijkheid tot inzage en eventueel tot correctie van uw persoonsgegevens. Hiertoe kunt u schriftelijk contact opnemen met de privacy-coördinator van NUTS (Postbus 29666, 2509 AN Den Haag)
- 4 Aanspraak op geneeskundige en farmaceutische zorg kan slechts tot gelding worden gebracht voorzover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. De omvang van deze hulp

- wordt bepaald door hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is.
- 5 Een aanvullende verzekering is slechts mogelijk in combinatie met een hoofdverzekering. De hoofdverzekering moet bij een van de onderdelen van het concern Delta Lloyd of bij NUTS het ziekenfonds voor Delta Lloyd en OHRA afgesloten zijn.

Artikel 7

Duur en voortzetting van de verzekering

1 Aanvang van de verzekering

Met inachtneming van het bepaalde in de overige artikelen, wordt de verzekering van kracht op de ingangsdatum vermeld op het polisblad onderdeel uitmakende van de polis. Voor kinderen, geboren tijdens de duur van de verzekering, is ongeacht de gezondheidstoestand van het kind de verzekering onmiddellijk van kracht, mits het kind binnen 30 dagen na de geboorte schriftelijk ter verzekering is aangemeld.

2 Duur van de verzekering

De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad omschreven periode en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.

3 Einde van de verzekering

De verzekering eindigt:

- 1 door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer:
 - a op de wijze zoals vermeld in artikel 11.2 van de algemene voorwaarden;
 - b tegen het einde van de verzekeringsovereenkomst, met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.
- 2 door overlijden van de verzekeringnemer of de verzekerde.
- 3 door schriftelijke opzegging door de verzekeraar op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip in geval van:
 - a verzwijging of onjuiste opgave als bedoeld in artikel 5.2 van de algemene voorwaarden;
 - b schorsing als bedoeld in artikel 10.3 van de algemene voorwaarden;
 - c bedrog.
- 4 voor verzekerden woonachtig in Nederland met ingang van de eerste dag van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt. Aansluitend vindt verzekering plaats volgens de regels van de Spp met inachtneming van de op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz) voor die verzekering geldende regels, premie en voorwaarden.
- 5 bij permanente vestiging van de verzekerde in het buitenland.
- 6 met ingang van de dag waarop:
 - de verzekeraar, onder overlegging van bewijsstukken de schriftelijke mededeling heeft ontvangen van inschrijving volgens de regels van de Ziekenfondswet of een publiekrechtelijke regeling.

4 Zelfstandige voortzetting

Als een kind de 18-jarige leeftijd bereikt en er geen aanspraak bestaat op:

- kinderbijslag of
- een toelage krachtens de Wet studiefinanciering 2000 of
- buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001 of de 27-jarige leeftijd wordt bereikt kan dit kind niet meeverzekerd blijven op de polis van de ouders. Per de eerstvolgende polisvervaldatum vervalt dan het recht op medeverzekering. De verzekering kan aansluitend worden voortgezet op zelfstandige basis, met inachtneming van de daarbij geldende regels, premies en voorwaarden.

5 Voortzetting van collectieve verzekeringen

- 1 Voortzetting van de verzekering door de verzekerde binnen de collectieve verzekeringsovereenkomst, zolang deze van kracht is, is mogelijk in geval van:
 - a pensionering;
 - b een daarmee gelijk te stellen regeling zoals een VUT-regeling;
 - c overlijden van de deelnemer in de collectieve verzekering bij wie men is meeverzekerd.Voorwaarde is dat:
 - de collectieve contractant hiervoor goedkeuring heeft verleend.
 - de aanvraag schriftelijk binnen 30 dagen na datum van (pré)pensionering of overlijden is ingediend.
- 2 Individuele voortzetting
Als de collectieve verzekering eindigt wegens:
 - beëindiging van het dienstverband;
 - (pré) VUT-regeling;
 - arbeidsongeschiktheid;
 - werkloosheidkan de verzekeringnemer zichzelf en zijn gezin aansluitend op individuele basis verzekeren. Dit tenminste op basis van de voorwaarden Standaardpakketpolis (Spp) die op dat moment gelden. Er is dan een premie van toepassing die overeenkomt met de premie die op dat moment geldt voor de Ziektekostenverzekering Start. De aanvraag hiervoor moet schriftelijk, binnen 30 dagen nadat het dienstverband eindigt, bij de verzekeraar worden ingediend. Deze regeling vervalt als de verzekerde bij een nieuwe werkgever kan toetreden tot een collectieve ziektekostenverzekering.

6 Sluimerdekking

Voor verzekerden tot de leeftijd van 50 jaar bestaat de mogelijkheid de verzekering te laten sluimeren tegen een gereduceerde premie. Bij het opnieuw doen ingaan van de dekking is dan geen gezondheidsverklaring vereist. Tijdens de sluimerdekking geldt voor de op de polis verzekerde personen geen recht op dekking.

Artikel 8

Begin en einde van de vergoedingen

1. De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode dat de verzekering van kracht is. Bepalend daarvoor is de datum van medische behandeling, verpleging of onderzoek.
2. De vergoeding geschiedt aan de verzekeringnemer tenzij tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder is overeengekomen dat de kosten rechtstreeks bij de verzekeraar worden gedeclareerd en door de verzekeraar rechtstreeks aan hen worden betaald. Als op de verleende vergoeding nog een (gedeeltelijk) eigen risico verschuldigd was, wordt dit achteraf door of namens de verzekeraar in rekening gebracht.

Artikel 9

Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht:

- 1 medewerking te verlenen aan de verzekeraar, diens medisch adviseur of hen die met de controle belast zijn, tot het verkrijgen van alle gewenste informatie.
- 2 de verzekeraar onmiddellijk in te lichten en alle benodigde gegevens te verstrekken indien de kosten mogelijk te wijten zijn aan schuld van iemand, die daarvoor civielrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld. De verzekeringnemer noch de verzekerde zal onderhandelingen met de tegenpartij of diens verzekeraar mogen voeren met betrekking tot de schade, die door de verzekeraar is of zal worden vergoed.
- 3 de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. De nota's dienen zo gespecificeerd te zijn dat zonder verdere navraag daaruit kan worden opgemaakt welke vergoeding de verzekeraar moet verlenen op basis van de omvang van de dekking. Computernota's moeten door de zorgaanbieder gewaarmerkt zijn.
- 4 bij poliklinische specialistische behandeling een schriftelijke verwijzing van een huisarts of tandarts te overleggen als de verzekeraar hierom vraagt.
- 5 het door hem verschuldigde eigen risico op het eerste verzoek aan de verzekeraar of een door de verzekeraar aangewezen derde te voldoen. Dit is het geval indien door de verzekeraar rechtstreeks de volledige kosten zijn vergoed aan een zorgaanbieder, terwijl nog een eigen risico van toepassing was. De verzekeraar is gerechtigd bij de inning van de verschuldigde bedragen gebruik te maken van de diensten van derden dan wel de vordering aan die derden in eigendom over te dragen. Een en ander conform de Wet Bescherming Persoonsgegevens.
- 6 iedere wijziging in de samenstelling van het gezin en iedere andere verandering die invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst schriftelijk aan de verzekeraar te melden. Voorwaarde is dat deze melding geschiedt binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan of kan hebben.
Zodanige wijzigingen zijn onder meer:
 - het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enig andere publiekrechtelijke regeling;
 - verhuizing;
 - huwelijk;
 - echtscheiding;
 - samenwoning;
 - geboorte;
 - overlijden;
 - wijziging van bank- of postbankrekeningnummer.

Door het nalaten van het hiervoor bepaalde vervalt het recht op terugvordering van premie, zoals gesteld in artikel 10.5. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Bij het niet nakomen van de in artikel 9 genoemde verplichtingen behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden. Al gedane uitkeringen kunnen door de verzekeraar worden teruggevorderd.

Artikel 10

Premie en eigen risico

1 Premiebetaling

De premies, de wettelijk verschuldigde bijdragen en assurantiebelasting zijn hoofdelijk door de verzekeringnemer en de verzekerden verschuldigd bij vooruitbetaling. Maandpremie is slechts mogelijk door middel van automatische incasso op basis van een machtiging ten behoeve van de verzekeraar. Het is niet toegestaan om de premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen en de assurantiebelasting te verrekenen met de van de verzekeraar te vorderen vergoeding.

2 Premie kinderen

Per verzekerd gezin is voor maximaal twee kinderen beneden de leeftijd van 18 jaar premie verschuldigd.

Premiekorting wordt verleend voor:

- kinderen van 18 tot 27 jaar voor wie aanspraak bestaat op kinderbijslag of op een toelage krachtens de Wet Studiefinanciering 2000 of op buitengewone lastenaftrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001, mits behorende tot een gezin waarvan tenminste een van de ouders bij de verzekeraar is verzekerd. Deze premie korting vervalt met ingang van de eerste dag van de maand waarin het kind 18 jaar respectievelijk 27 jaar wordt.

3 Schorsing

De premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen, de assurantiebelasting, de kosten en een door de verzekerde aan de verzekeraar te voldoen eigen risico moeten uiterlijk op de vervaldag zijn voldaan. Vanaf het tijdstip dat de verzekeringnemer/verzekerde in gebreke is met betaling van deze bedragen wordt de dekking opgeschort vanaf de eerste dag dat de betaling verschuldigd is. De verzekeraar is gerechtigd daarbij administratiekosten in rekening te brengen. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie, de wettelijk verschuldigde bijdragen, de assurantiebelasting, het aan de verzekeraar verschuldigde eigen risico en de kosten te voldoen. Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde. De dekking wordt weer van kracht vanaf de dag volgend op die, waarop de bedragen door de verzekeraar zijn ontvangen.

Voor de ziektekosten, ontstaan in de tijd van opschorting, of voor de ziektekosten waartoe de noodzaak zich heeft geopenbaard in de tijd van opschorting, wordt geen vergoeding verleend.

Bij schorsing van de dekking zoals hiervoor bedoeld, heeft de verzekeraar het recht deze schorsing om te zetten in een definitieve beëindiging van de overeenkomst.

4 Eigen risico

- 1 Voor de bepaling van het eigen risico per gezin is de (gezins)situatie bij aanvang van de verzekering of de (gezins)situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.
- 2 Beëindiging of wijziging van een gekozen eigen risico aan de voet vindt uitsluitend plaats bij aanvang van een verzekeringsjaar. Op het polisblad staat het gekozen eigen risico bedrag aan de voet vermeld.
- 3 Bij aanvang van de verzekering of bij overgang naar een andere verzekeringsvorm in de loop van een verzekeringsjaar wordt een gekozen eigen risico naar evenredigheid van het aantal verstreken maanden vastgesteld. Bij tussentijdse beëindiging van de verzekering, zoals bedoeld in artikel 7.3 met uitzondering van artikel 7.3.3, wordt op verzoek van de verzekerde het reeds ingehouden eigen risico verrekend. Dit naar evenredigheid van het aantal verstreken maanden, met inbegrip van de maand van beëindiging. Het te verrekenen bedrag moet minimaal € 22,00 bedragen.

Bij omzetting van de verzekering in sluimerdekking blijft het eigen risico ongewijzigd van kracht. Een verzoek tot herberekening van het verschuldigde eigen risico of verrekening van het reeds ingehouden eigen risico moet bij de verzekeraar worden ingediend. Voorwaarde is dat dit verzoek binnen zes maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de wijziging in de verzekerings-situatie zich heeft voorgedaan, is ingediend.

- 4 Voor het bereiken van het bedrag van het eigen risico aan de voet tellen uitsluitend de kosten mee die op grond van de polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Deze kosten tellen daarnaast ook mee voor het bereiken van een maximumvergoeding als dit voor een onderdeel van de dekking van toepassing is.
- 5 Als een ziekenhuisopname niet eindigt in het verzekeringsjaar waarin deze is begonnen, wordt op de kostenvergoeding voor deze opname alleen het nog openstaande eigen risicobedrag van het jaar waarin de opnamedatum ligt op de kostenvergoeding in mindering gebracht.

5 Terugbetaling van premie

Terugbetaling van premie vindt slechts plaats bij beëindiging van de verzekering op grond van de artikelen 7.3.1, 7.3.2, 7.3.4, 7.3.5 en 7.3.6 over de nog niet verstreken periode van de lopende verzekeringstermijn waarover premie is betaald.

Artikel 11

Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 1 De verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. De verzekeraar doet van de wijziging schriftelijk mededeling aan de verzekeringnemer.
- 2 Als sprake is van een premieverhoging of vermindering van dekking, heeft de verzekeringnemer het recht de gewijzigde overeenkomst te weigeren binnen 30 dagen nadat hiervan mededeling is gedaan. In dit geval eindigt de verzekeringsovereenkomst per de ingangsdatum van de voorgenomen wijziging. Dit recht op beëindiging is niet van toepassing als de wijziging voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen. Een wijziging ten gevolge van aanpassing op grond van leeftijd van de verzekerde wordt niet als premieverhoging in de zin van dit artikel aangemerkt.
- 3 Als de verzekeraar binnen 30 dagen na de in artikel 11.1 bedoelde datum geen schriftelijke opzegging van de verzekeringnemer heeft ontvangen, wordt de verzekering voortgezet tegen de nieuwe premie en/of op de nieuwe voorwaarden.

Artikel 12

Slotbepaling

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 13

Belangrijke aanwijzingen

- 1 **Afhandeling van nota's** Een vlotte afhandeling van nota's wordt bereikt door het declaratieformulier volledig ingevuld met de originele nota's samen met de eventueel benodigde medische verklaring in te sturen. Wanneer gebruik wordt gemaakt van de daarvoor bestemde envelop, versnelt dit de afhandeling van de declaratie. Na afhandeling van de nota's wordt met de afrekenspecificatie een nieuw declaratieformulier toegezonden. Op deze specificatie is het telefoonnummer vermeld van degene die telefonisch nadere inlichtingen kan verstrekken. Met het formulier kunnen niet meer dan acht nota's tegelijk worden ingezonden. Mochten er meer nota's zijn, dan kunnen deze worden ingediend na ontvangst van het nieuwe declaratieformulier.
 - 1 Clearing House Apothekers (CHA) Bij nota's voor farmaceutische hulp kan men ook gebruik maken van rechtstreekse afhandeling tussen apotheker en de verzekeraar via CHA. Informeer hiernaar bij uw apotheker.
 - 2 Nota specificatie Op de nota's moet onder andere worden vermeld:
 - a de data van de consulten en/of behandelingen;
 - b de geboortedatum, voorletters en geslacht van degene aan wie de hulp is verleend;
 - c welke vorm van hulp is verleend;
 - d UPT-code's in geval van tandheelkundige hulp;
 - e naam en betaalgegevens van de hulpverlener.
- 2 **Ingezonden nota's** Nota's waarop gehele of gedeeltelijke vergoeding is verleend, worden niet teruggezonden. Evenmin worden nota's geretourneerd die, bijvoorbeeld door een eigen risico aan de voet van de verzekering, niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat deze op het openstaande eigen risico in mindering zijn gebracht. Wij adviseren daarom kopieën van de nota's te maken.
- 3 **Buitenlandschade** In geval van een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname tijdens een verblijf in het buitenland moet contact opgenomen worden met de Alarmcentrale Omnicare. Op verzoek wordt een garantieverklaring aan het ziekenhuis gezonden.
- 4 **Hulp bij het verhalen van persoonlijke schade** Indien ten gevolge van een ongeval persoonlijke schade wordt geleden (bijvoorbeeld eigen risico, kleding of inkomensschade) waarvoor een derde aansprakelijk kan worden gesteld of indien er recht bestaat op smartengeld, kan door ons, bij het verhalen van de schade op de aansprakelijke derde, veelal hulp worden verleend. Als op het declaratieformulier wordt aangegeven dat de gedeclareerde kosten het gevolg zijn van een ongeval, wordt geïnformeerd naar de toedracht van het ongeval. Op verzoek wordt nadere informatie verstrekt over de mogelijkheden van de genoemde dienstverlening. Voorwaarde is dat de ziektekosten, die het gevolg zijn van het ongeval, voor vergoeding ingevolge de verzekering in aanmerking komen.
- 5 **Bedenktijd** Mocht na ontvangst van de polis blijken dat de verzekering toch niet aan de verwachtingen voldoet, dan is de mogelijkheid aanwezig de aangevraagde verzekering alsnog te annuleren. Hiervoor stuurt u ons de polis terug met een verzoek de verzekering te annuleren. Uw verzoek moet binnen 14 dagen na de dagtekening van de brief, waarbij u de polis is toegezonden, in ons bezit zijn.

6 Klachten

Bij klachten kunnen u en de verzekerde(n) in eerste instantie terecht bij de verzekeraar zelf. Het eerst bij de betrokken contactpersoon, daarna bij de manager en de directie. Als geen overeenstemming wordt bereikt, kunnen u en de verzekerde(n) zich wenden tot Stichting Klachteninstituut Verzekeringen. Dit instituut bepaalt of uw klacht wordt voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen -deze heeft een bemiddelende rol- of aan de Raad van Toezicht Verzekeringen -deze beoordeelt of OHRA de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad.

De adressen van de hiervoor genoemde instanties zijn:

- NUTS het ziekenfonds door Delta Lloyd en OHRA
Postbus 29666
2502 LR Den Haag
- Stichting Klachteninstituut Verzekeringen
Postbus 93560
2509 AN Den Haag
telefoon (070) 333 89 99
fax (070) 333 89 00

(indien meeverzekerd)

Artikel 14

Bijzondere voorwaarden

In aanvulling op de 'Algemene voorwaarden' geldt:

- 1 De artikelen 6.2, 7.3.4 en 10.2 zijn niet van toepassing.
- 2 De verzekering kan worden aangegaan voor personen vanaf de leeftijd van 18 jaar.
- 3 De verzekeraar kan verzoeken om een recente gebitsstatus. Bij aanvaarding van de verzekering komen de kosten van de status tot maximaal het geldende CTGtarief voor rekening van de verzekeraar.
- 4 Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten van:
 - het opvullen van aanwezige diastemen (ontbrekende elementen) die ten tijde van de aanvraag tot 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.
 - behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd dan wel tandheelkundig ondoelmatig zijn.
 - de kosten van het periodiek preventief onderzoek, C11.
 - chirurgische hulp van algemene aard.
 - röntgendiagnostiek.
 - orthodontie.

Artikel 15

Dekking

Dekking wordt verleend, in Nederland, op basis van het door of namens de verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het in dat geval door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) vastgestelde rechtsgeldige tarief (UPT), tenzij anders aangegeven.

- 1 Exclusief techniekkosten (indien dit vermeld is op het polisblad)
 - a Vergoeding van 80% voor de kosten van behandeling door een tandarts, met uitzondering van de techniekkosten.
 - b Vergoeding van 80% voor de kosten van behandeling door een mondhygiënist voor gebitsreiniging. Gebitsreiniging omvat M50 en/of M55 en/of M59.
Vergoed wordt ten hoogte het vastgestelde rechtsgeldige tarief voor tandartsen.
- 2 Inclusief techniekkosten (indien dit vermeld is op het polisblad)
 - a Vergoeding van 80% voor de kosten van behandeling door een tandarts.
 - b Vergoeding van 80% voor de kosten van behandeling door een mondhygiënist voor gebitsreiniging. Gebitsreiniging omvat M50 en/of M55 en/of M59.
Vergoed wordt ten hoogte het vastgestelde rechtsgeldige tarief voor tandartsen.
 - c Vergoeding van 80% voor techniekkosten van behandelingen door een tandarts in rekening gebracht door een tandarts of tandprotheticus op basis van de tarieven die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap (NTG), de Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici (VLHT) of de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) aan hun leden adviseert.
- 3 Vergoeding wordt verleend tot maximaal het op het polisblad vermelde bedrag per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 16

Pakket A

Pakket A van de Tandarts Plusverzekering geeft voor verzekerden vanaf 18 jaar recht op vergoeding van 75% van de kosten van de hierna genoemde behandelingen.

UPT-code	Omschrijving
A 10	Geleidings- en/of infiltratie-anesthesie;
Consultatie	
C 20	Consult inclusief kleine verrichting;
C 30	Eerste bezoek nieuwe patiënt;
Endodontie	
E 10	Eerste kanaal; guttapercha, zilverstift;
E 15	Volgend kanaal; guttapercha, zilverstift;
E 20	Eerste kanaal; pasta;
E 25	Volgend kanaal; pasta;
E 30	Mortaalamputatie;
E 35	Volgend kanaal; amputatie;
E 40	Directie pulpa-overkapping;
E 60	Vitaal amputatie/partiële pulpotomie;
E 65	Apexifixatie;
E 70	Extra zitting t.b.v. medicatie of calcium hydroxidepasta;
E 75	Initiële wortelkanaalbehandeling;
E 85	Elektronische lengtebepaling;
Preventie en mondhygiëne	
M 10	Fluoride applicatie methode 1 (indien doelmatig);
M 20	Fluoride applicatie methode 2 (indien doelmatig);
M 30	Instructie mondhygiëne zonder kleurtest;
M 39	Kleurtest;
M 40	Controlebezoek mondhygiëne;
M 50	Tandsteen verwijderen beperkt;
M 55	Tandsteen verwijderen gemiddeld;
M 59	Tandsteen verwijderen uitgebreid;
Restauraties van plastisch materiaal	
V 10	Pitvulling;
V 11	Eenvlaksrestauratie;
V 12	Tweevlaksrestauratie;
V 13	Drievlaksrestauratie;
V 14	Meervlaksrestauratie van plastisch materiaal;
V 20	Etsen t.b.v. composiet;
V 21	Etsen in combinatie met etsbare onderlaag;
V 30	Sealing eerste element;
V 35	Sealing volgende element zelfde zitting;
Opbouw van plastisch materiaal met stiftverankering in het wortelkanaal (alleen in deze combinatie)	
R 31	Opbouw plastisch materiaal;
V 70	Parapulpaire stift;
V 80	Eerste wortelstift;
V 85	Volgende wortelstift.

Artikel 17

Pakket B

- a Tandheekunde en eigen bijdrage prothesen
Naast de vergoedingen uit pakket A, worden maximaal 75% van de overige kosten vergoed van behandelingen door een tandarts of tandprotheticus voor verzekerden vanaf 18 jaar tot een maximum van € 341 per verzekerde per kalenderjaar.
Onder deze kosten valt tevens de 25% eigen bijdrage voor prothetische hulp. De hiervoor genoemde vergoedingen zijn niet van toepassing op de kosten van orthodontische behandelingen.
- b Orthodontie tot 18 jaar
Verzekerde gezinsleden tot 18 jaar hebben, als deze de Intens Goud hebben afgesloten, recht op vergoeding van 75% van de kosten boven het in de Intens Goud genoemde maximum van € 908. De bedragen gelden per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur.
- c Orthodontie vanaf 18 jaar
Pakket B geeft voor verzekerden vanaf 18 jaar recht op vergoeding van de kosten van orthodontische behandelingen door een orthodontist of tandarts tot 75% van de kosten.
- d Prothese
Per verzekerde wordt binnen een periode van 5 jaar niet meer dan eenmaal vergoeding verleend voor de volgende verrichtingen:
 - prothetische voorzieningen;
 - plaatsing prothesen
 - overzetting prothesen;De genoemde periode vangt aan op de dag dat de eerste verrichting aangebracht werd.

Aanvullende verzekeringen
(Indien meeverzekerd)

Artikel 18

Verzekering “Hogere Klasseverpleging”

In aanvulling op de ‘Algemene voorwaarden’ geldt:

- 1 Artikel 7.3.4 is niet van toepassing .
- 2 De artikelen 2 en 3 zijn niet van toepassing.

Dekking

Vergoeding wordt verleend tot ten hoogste de wettelijk goedgekeurde tarieven van de in Nederland gemaakte kosten voor:

- 1 Tweede klasseverpleging in een ziekenhuis.
- 2 Als de verzekering is aangegaan op basis van verpleegklasse 2B en opname plaatsvindt in een ziekenhuis waarin slechts één tweede klasse aanwezig is, zal de verzekering worden geacht te gelden voor die tweede klasse.
- 3 Compensatie
Als opname geschiedt in een ziekenhuis waarin geen tweede klasse aanwezig of beschikbaar is, wordt een bedrag van € 23,00 per opnamedag uitbetaald.