

# Deel A

## Algemene Voorwaarden ONVZ Topfit Polis

### ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

- 1.1 **Verzekeraar:** ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., gevestigd De Molen 66, 3995 AX Houten, Nederland.
- 1.2 **Behandelaar:** een in Nederland gevestigde geneeskundige, paramedicus of psycholoog. De behandelaar dient ingeschreven te zijn in het officiële register bestemd voor desbetreffende beroepsgroep of bij een erkende beroepsorganisatie.
- 1.3 **Bijkomende kosten:** de medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische of kaakchirurgische behandeling.
- 1.4 **Ongeval:** een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt.
- 1.5 **Tandarts:** een in Nederland gevestigde tandarts. De tandarts dient ingeschreven te zijn in het door de Nederlandse overheid gehanteerde register.
- 1.6 **Verzekerde:** degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als zodanig in de administratie van de verzekeraar is opgenomen.
- 1.7 **Verzekeringnemer:** degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
- 1.8 **Ziekenhuis:** een in Nederland gelegen en door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende inrichting, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.
- 1.9 **Ziekenvervoer:** vervoer binnen Nederland dat om medische redenen met een ander dan een openbaar vervoermiddel plaatsvindt. Dit vervoer vindt plaats vanwege een medisch onderzoek of een medische behandeling. De vergoeding bij gebruik van eigen auto is gelijk aan de belastingvrije forfaitaire kilometerprijs voor zakelijke autoritten.

### ARTIKEL 2 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

- 2.1 Als grondslag voor deze verzekering gelden:
- het aanvraagformulier, met
  - de door de verzekeringnemer of de verzekerde al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, en
  - eventuele schriftelijke gegevens die door de verzekeringnemer of de verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt.
- Zij maken deel uit van de onderhavige verzekeringsovereenkomst.

- 2.2 Indien de mededelingen op het aanvraagformulier of de afzonderlijke gegevens in strijd zijn met de waarheid of indien bepaalde omstandigheden verzwegen zijn, is de verzekeraar geen vergoeding van kosten verschuldigd. Zij is dan bevoegd de verzekering op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen. Bedoeld zijn omstandigheden waarbij de verzekering niet, of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar ervan kennis had gehad.

### ARTIKEL 3 VERPLICHTINGEN

- 3.1 De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:
1. ziekenhuisopname zo spoedig mogelijk te melden aan de verzekeraar en de behandelend huisarts of specialist te machtigen de reden van de opname bekend te maken aan de medisch adviseur van de verzekeraar;
  2. medewerking te verlenen aan de verzekeraar, haar medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
  3. medewerking te verlenen aan de verzekeraar bij het zoeken van verhaal van de schade;
  4. de originele nota's binnen twaalf 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 kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Zij dienen opgesteld te zijn in de Nederlandse, Engelse, Duitse, Franse of Spaanse taal. Computernota's moeten door de hulpverlener gewaarmerkt zijn.
- 3.2 Bij het niet nakomen van één of meer van de verplichtingen vermeld onder artikel lid 1 tot en met lid 4 hoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

### ARTIKEL 4 BETALING EN SCHORSING

- 4.1 De verzekeringnemer dient de premie (inclusief de wettelijke bijdragen) en kosten zoals bedoeld in lid 4.2 vooruit te betalen, uiterlijk op de dertigste dag nadat zij verschuldigd worden. De premie wordt vastgesteld aan de hand van de tariefstructuur.
- 4.2 Niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen die als gevolg van rechtstreekse betaling aan een zorgverlener voor de verzekeringnemer zijn voorgeschoten, moet de verzekeringnemer terugbetalen. De bedragen worden verrekend zoals omschreven in artikel 7. Als verrekening niet mogelijk is, ontvangt de verzekeringnemer een nota.

- 4.3 Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet of niet tijdig betaalt, kan de verzekeraar schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, waarbij wordt medegedeeld dat bij niet-voldoening binnen de gestelde termijn, de dekking niet geldt voor kosten die zijn ontstaan vanaf de vervaldatum. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen, vermeerderd met de wettelijke rente hierover berekend vanaf de vervaldatum. Indien de verzekeraar maatregelen treft ter incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

De dekking wordt weer van kracht op de dag volgende op die waarop de verzekeraar het totale verschuldigde bedrag heeft ontvangen, tenzij sprake is van een situatie zoals bedoeld in artikel 10.2 en de verzekeraar daar een beroep op doet.

- 4.4 Voor de kosten waarvan de noodzaak of de verwachting om ze te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de verzekering was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.

#### **ARTIKEL 5 EIGEN RISICO**

- 5.1 Het eigen risico is het voor rekening van de verzekeringnemer blijvende bedrag dat per polis per kalenderjaar bij vergoeding van de in deel B (omvang dekking) omschreven kosten voor rekening van de verzekeringnemer blijft.
- 5.2 Indien de eerste verzekeringsperiode niet gelijk is aan een kalenderjaar wordt het bedrag van het eigen risico voor die periode verminderd met 1/12 deel voor iedere vóór de ingangsdatum reeds verstreken maand van dat kalenderjaar.
- 5.3 Voor zover voor een onderdeel van deze verzekering een maximumbedrag geldt, telt ten hoogste dit maximumbedrag voor het eigen risico mee.
- 5.4 Bij schorsing of (tussentijdse) beëindiging van de verzekering vindt geen restitutie of vermindering van het eigen risico plaats.
- 5.5 Het eigen risico is niet van toepassing op farmaceutische zorg.

#### **ARTIKEL 6 ONDERVERZEKERING**

Indien verpleging plaatsvindt in een hogere dan de verzekerde klasse van een ziekenhuis wordt vergoeding verleend tot maximaal de kosten die verschuldigd zouden zijn geweest bij verpleging in de verzekerde klasse.

#### **ARTIKEL 7 NADERE REGELING VAN UITKERINGEN**

- 7.1 Uitkering van een vergoeding aan de verzekeringnemer geschiedt door overschrijving naar een door hem opgegeven bank- of girorekening. De verzekeraar kan tevens rechtstreeks betalen aan degene die de desbetreffende prestatie heeft geleverd. Deze betaling geldt dan eveneens als bevrijdende betaling tegenover de verzekeringnemer.
- 7.2 Als de uitkering van een vergoeding rechtstreeks aan de zorgverlener is betaald, worden de bedragen van eigen risico's, niet verzekerde kosten en eigen bijdragen in bepaalde gevallen voor de verzekeringnemer voorgeschoten. De verzekeraar zal de uitkeringen van vergoedingen uit hoofde van een of meer polissen van de verzekeringnemer verminderen met de bedragen die voor de verzekeringnemer zijn voorgeschoten als gevolg van rechtstreekse betaling aan de zorgverlener.

#### **ARTIKEL 8 GEEN AANSPRAAK OP VERGOEDING**

De intentie van de ONVZ Topfit Polis is om alle ziektekosten te vergoeden. Echter de (kosten van) behandelingen of voorzieningen die naar maatschappelijke opvattingen als excessief worden aangemerkt worden niet vergoed. Declaraties die niet thuishoren binnen een ziektekostenverzekering of waarvan in redelijkheid van een ziektekostenverzekeraar niet verlangd kan worden dat de verzekeraar deze vergoedt, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorts bestaat geen aanspraak op vergoeding:

- van kosten ontstaan door of verband houdende met burgeroorlog, oorlog of daarmee in feite overeenkomende toestanden en de gevolgen van atoomkernreacties;
- indien, zo deze verzekering niet bestond, door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging en/of behandeling op grond van een andere overeenkomst, al dan niet van oudere datum, of op grond van één der wettelijke regelingen;
- van door de verzekeringnemer of de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen ingevolge één van de wettelijke regelingen anders dan de eigen bijdragen voor hulp zoals verzekerd op grond van deel B (omvang dekking) van deze verzekering en de eigen bijdrage psychotherapie;
- van kosten, die gemaakt zijn voor behandelingen of voorzieningen die hebben plaatsgevonden vóór de ingangsdatum van deze verzekering en ná de datum van beëindiging van deze verzekering. Dit geldt ook wanneer die kosten voortvloeien uit een oorzaak die tijdens de duur van deze verzekering is opgekomen;

- voor hulp en begeleiding door personen of instellingen die zich bewegen op sociaal, maatschappelijk of onderwijskundig terrein;
- voor behandelingen of voorzieningen waarvoor faciliteiten van overheidswege of vanuit de overheid gesubsidieerde voorzieningen bestaan;
- indien de verzekerde geen recht heeft op AWBZ-verstrekking (zie polisblad) kan de verzekerde binnen de Topfit Polis geen aanspraak maken op deze AWBZ verstrekkingen.

## ARTIKEL 9 HERZIENING

- 9.1 De verzekeraar heeft het recht de premies, de voorwaarden van verzekering en het bedrag van het eigen risico en bloc of groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening treedt in werking op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip.
- 9.2 Een herziening door de verzekeraar als bedoeld in artikel 9.1 kan verband houden met een maatregel van overheidswege waarbij de van overheidswege bekostigde vergoedingen worden verminderd of beëindigd en waardoor meer kosten ingevolge deze polis ten laste van de verzekeraar komen. In een dergelijk geval treedt de herziening door de verzekeraar in werking met ingang van de datum van inwerkingtreding van genoemde maatregel.
- 9.3 In geval van herziening van premies, voorwaarden en/of het eigen risicobedrag ten nadele van de verzekeringnemer is hij gerechtigd de overeenkomst per de in artikel 9.1 bedoelde datum te beëindigen. Voorwaarde is dat hij dit binnen 30 dagen na de datum van kennisgeving van de herziening schriftelijk aan de verzekeraar mededeelt.

## ARTIKEL 10 DUUR EN BEËINDIGING

- 10.1 De verzekering is aangegaan voor een periode van één jaar en wordt telkens stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd. Dit geldt niet als de verzekeringnemer tenminste drie maanden vóór het verstrijken van de periode de verzekering schriftelijk bij de verzekeraar heeft opgezegd of van zijn recht zoals bepaald in artikel 9 gebruik heeft gemaakt.

Met het aangaan van de verzekeringsovereenkomst treedt de verzekeringnemer tevens toe als lid van de Vereniging ONVZ. Dit geldt niet als de aspirant-verzekeringnemer bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst heeft verklaard niet te willen toetreden als lid van de Vereniging. Beëindiging van de verzekeringsovereenkomst geldt als beëindiging van het lidmaatschap van de Vereniging.

- 10.2 De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen op een door haar te bepalen tijdstip, indien:
- sprake is van de situatie als bedoeld in artikel 2.2;
  - de schorsing wegens wanbetaling zoals bedoeld in artikel 4.3 langer dan een aaneengesloten periode van drie maanden van kracht is geweest;
  - de verzekeringnemer en/of verzekerde door het verstrekken van onjuiste opgave en inlichtingen tracht de verzekeraar te bewegen tot het toekennen van vergoedingen waarop geen recht bestaat.
- 10.3 Op basis van de Wtz 1998 (Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen) kan recht ontstaan op een Standaard Pakket Polis. In dit geval is de verzekeraar gerechtigd, met ingang van de datum waarop dit recht ontstaat, de hoofdverzekering bij de verzekeraar voor de betreffende verzekerde te beëindigen en een Standaard Pakket Polis aan te bieden tegen de door de Minister van VWS vastgestelde premie en voorwaarden.
- 10.4 De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet langer Nederlands ingezetene is.

## ARTIKEL 11 KINDEREN

- 11.1 Voor een kind dat wordt geboren tijdens de duur van deze verzekering, bestaat onmiddellijk na de geboorte recht op medeverzekering op deze polis. Het kind moet wel binnen drie maanden na de geboorte ter verzekering worden aangemeld. Er hoeft voor maximaal 2 kinderen onder de 18 jaar premie betaald te worden.
- 11.2 Voor kinderen in de leeftijd van 18 t/m 26 jaar, die op de polis van hun ouders zijn meeverzekerd en tevens onder de kinderbijslagregeling of studiefinanciering vallen, geldt nog de kinderpremie. Zodra zij de 27-jarige leeftijd hebben bereikt, is deze verzekering na 31 december van het jaar waarin de 27-jarige leeftijd wordt bereikt niet meer van kracht. Deze kinderen van 27 jaar hebben het recht zich aansluitend, zonder medische selectie, zelfstandig te verzekeren op een afzonderlijke polis, mits voor dezelfde dekking wordt gekozen.

## ARTIKEL 12 GEZINS- EN ADRESWIJZIGINGEN

De verzekeringnemer moet ervoor zorgen dat veranderingen van adres, huwelijk, geboorte, verplichte ziekenfondsverzekering, overlijden en overige voor de verzekering van belang zijnde omstandigheden binnen dertig dagen aan de verzekeraar worden medegedeeld. Kennisgevingen van de verzekeraar aan de verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan het laatste haar bekende adres.

### **ARTIKEL 13 KLACHTENREGELING**

Voor klachten of geschillen naar aanleiding van de (uitvoering van de) overeenkomst kan de verzekerde zich schriftelijk richten tot de directie van:

- ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.  
Postbus 392  
3990 GD Houten, Nederland

Voor zover dit voor de verzekerde niet tot een bevredigend resultaat heeft geleid, kan deze zich wenden tot:

- Ombudsman Zorgverzekeringen  
Postbus 93560  
2509 AN 's-Gravenhage;

### **ARTIKEL 14 REGISTRATIE PERSOONLIJKE GEGEVENS**

De persoonsgegevens worden verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten en/of financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op vergroting van het klantenbestand. Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf' van toepassing.

### **ARTIKEL 15 TOEPASSELIJK RECHT**

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

## Deel B

# Omvang Dekking ONVZ Topfit Polis

---

De verzekeraar vergoedt maximaal volgens officieel goedgekeurde en gangbare tarieven de in Nederland gemaakte kosten genoemd in de volgende onderdelen:

### ALGEMENE DEKKING

De kosten van geneeskundige, paramedische, psychologische en/of preventieve hulp door een behandelaar, de kosten van ziekenvervoer en de normaliter met de hulp samenhangende bijkomende kosten.

### TANDHEELKUNDIGE HULP

De kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts voor verzekerden tot 18 jaar. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt een maximum van f 3.000,- per verzekerde per kalenderjaar. Volledige vergoeding van de kosten van orthodontie.

### KRAAMZORG

Een vrouwelijke verzekerde heeft na bevalling recht op een uitkering van f 3.500,-. Daarop wordt f 350,- in mindering gebracht voor elke dag dat de moeder in het ziekenhuis verblijft - gedurende een periode van 10 dagen te rekenen met ingang van de dag van bevalling. Voor kraamhulp in natura en kraampakket zie artikel 1 van deel C Diensten.

### THUISHULP

De kosten van verpleegkundige en verzorgende hulp in aansluiting op een ziekenhuisopname. De hulp moet gerelateerd zijn aan de indicatie van deze ziekenhuisopname. Vooraf dient een zorgplan bij de verzekeraar ingediend te worden.

### HULPMIDDELEN

Volledige vergoeding van de kosten van hulpmiddelen en de eigen bijdragen die zijn opgenomen in de Regeling Hulpmiddelen, vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar. Volledige vergoeding van de kosten van versterkende brillenglazen of contactlenzen.

### BUITENLAND

#### Onvoorzene behandeling

Bij tijdelijk verblijf buiten Nederland, van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland, worden vergoed de kosten zoals genoemd in de onderdelen algemene dekking en tandheelkundige hulp, uitsluitend voor zover er sprake is van een acute ziekte of een ongeval. Vergoed worden maximaal de in het desbetreffende land officieel goedgekeurde en gangbare tarieven.

#### Voorziena behandeling

Tevens worden vergoed de kosten van een medische behandeling wegens een voorzien ziektegeval, mits de behandeling plaatsvindt binnen Europa en na voorafgaande toestemming van de verzekeraar. Vergoed worden de kosten zoals genoemd in de onderdelen algemene dekking en tandheelkundige hulp en tegen maximaal de in het desbetreffende land officieel goedgekeurde en gangbare tarieven. Kosten van vervoer ten behoeve van deze behandeling worden niet vergoed.

## Deel C Diensten

### ARTIKEL 1 ONVZ ZORGSERVICEBUREAU: van preventie tot nazorg

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van ONVZ. Dat houdt in dat ONVZ meer doet dan het uitbetalen van nota's. De verzekerde kan terecht bij het ONVZ ZorgServicebureau voor bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. De verzekerde kan voor informatie en het aanvragen van onderstaande diensten contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau via het gratis telefoonnummer 0800-0221450.

#### **Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg**

Het ONVZ gezondheidsbulletin, InVorm, informeert de verzekerde over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. InVorm wordt viermaal per jaar gratis aan de verzekerde toegezonden.

Daarnaast kan de verzekerde bij het ONVZ ZorgServicebureau terecht voor algemene informatie over specifieke onderwerpen:

- de verzekerde kan telefonisch een arts en/of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding;
- de verzekerde kan informatiemateriaal aanvragen over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg.

#### **Preventief Gezondheidsonderzoek**

Het ONVZ ZorgServicebureau verzorgt informatie over preventief gezondheidsonderzoek dat de verzekerde wordt aangeboden door ONVZ. Het ONVZ ZorgServicebureau regelt het preventief gezondheidsonderzoek op verzoek van de verzekerde.

#### **Preventie-cursussen**

Het ONVZ ZorgServicebureau biedt aan verzekerden de mogelijkheid om bepaalde preventie-cursussen te volgen. Bij preventie-cursussen kan onder meer worden gedacht aan: een cursus stoppen met roken; omgaan met hyperventilatie; geheugentraining; babymassage of een cursus eerste hulp bij kinderongevallen.

Voor nadere informatie over een cursus en voor een vergoeding ervan moet de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

#### **Kraamzorg in natura**

Voor informatie over de kraamzorg en aanmelding van kraamzorg in natura, zoals beschreven in deel B (omvang dekking), kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau. Indien de verzekerde een keuze maakt voor kraamzorg in natura, regelt het ONVZ ZorgServicebureau de kraamzorg in natura bij een erkende, door de verzekeraar gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste vier maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd.

#### **Kraampakket**

Aanstaande moeders hebben recht op een kraampakket. Het kraampakket kan bij het ONVZ ZorgServicebureau worden aangevraagd.

#### **Thuiszorg in natura**

Thuishulp in natura

De thuishulp zoals genoemd in deel B (omvang dekking) kan door het ONVZ ZorgServicebureau worden geregeld. Voor informatie en aanmelding kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

Huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis

Bij ontslag uit een algemeen ziekenhuis na een opnameduur van langer dan vijf dagen bestaat voor elke verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp gedurende maximaal zes weken tot een maximum van f 1000,-. Deze hulp wordt geleverd door een door de verzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie. De hulp moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname. Aanmelding bij het ONVZ ZorgServicebureau dient zo spoedig mogelijk, uiterlijk op de dag van ontslag, plaats te vinden.

#### **Wachtlijstbemiddeling**

Op verzoek van de verzekerde en indien medisch geïndiceerd, onderneemt het ONVZ ZorgServicebureau bemiddelende activiteiten om de wachttijd te verkorten. De kwaliteitseisen van de zorg worden gewaarborgd.

#### **Verhaalsbijstand bij letselschade ongeval**

De verzekerde kan onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van verhaalsbijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan ziektekosten die niet door de verzekeraar worden betaald, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook smartengeld, inkomensschade en kledingschade. De totale kosten inclusief de kosten van het voeren van een procedure worden vergoed tot maximaal f 25.000,-. Het vaststellen en verhalen van schade aan voer- en vaartuigen of schade als gevolg van medische behandeling vormen geen onderdeel van deze service. Een geschillenregeling maakt tevens onderdeel uit van de voorwaarden. Een reglement met daarin alle voorwaarden voor het recht op verhaalsbijstand is op aanvraag verkrijgbaar bij het ONVZ ZorgServicebureau. Voor het regelen en aanvragen van deze verhaalsbijstand kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

#### **Kuurreizen**

Voor het regelen van kuurreizen dient u contact op te nemen met het ONVZ ZorgServicebureau. De kosten van kuurreizen worden na voorafgaande toestemming door de verzekeraar vergoed.

Het ONVZ ZorgServicebureau is te bereiken tijdens kantooruren op het gratis telefoonnummer:

**0800-0221450**

## ARTIKEL 2 VERBLIJFKOSTEN

### Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis

De verzekeraar vergoedt de verschuldigde eigen bijdrage voor verblijf in een Ronald McDonalduis of soortgelijk logeerkamer verbonden aan een ziekenhuis, bij opname van een meeverzekerd kind.

### Verblijf Prinses Margriethuis

De verzekeraar vergoedt de kosten van verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen aansluitend op een levertransplantatie in het Academisch Ziekenhuis Groningen voor de verzekerde en een verzorger.

### Verblijf gezinslid bij levertransplantatie

De verzekeraar vergoedt de verblijfkosten in het zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen van een gezinslid van de verzekerde gedurende het verblijf van de verzekerde in het Academisch Ziekenhuis Groningen vanwege een levertransplantatie. Tevens worden vergoed de vervoerskosten naar het zusterhuis op basis van openbaar vervoer, tweede klasse. De vergoeding bij gebruik van eigen auto is gelijk aan de belastingvrije forfaitaire kilometerprijs voor zakelijke autoritten.

## ARTIKEL 3 KOSTEN DONOR

De kosten van ziekenhuisopname van een donor vanwege orgaantransplantatie voor de verzekerde worden volledig vergoed op basis van de klasse zoals hij elders verzekerd is. Bovendien bestaat recht op vergoeding van de kosten van medische behandeling na ontslag uit het ziekenhuis als deze behandeling verband houdt met de orgaantransplantatie.

## ARTIKEL 4 SOS INTERNATIONAL

Bij acute ziekte of ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland dient in geval van een ziekenhuisopname contact te worden opgenomen met SOS International te Amsterdam. Deze organisatie geeft advies over geneeskundige hulp voor rekening van de verzekeraar. SOS International is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar onder telefoonnummer: 31-(0)20-6515151.

### Meldingsplicht

De verzekerde is verplicht, indien hulp van SOS International moet worden ingeroepen, zich zonder uitstel met deze in verbinding te stellen. Hij moet daarbij het polisnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

### Medische gegevens

De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van SOS International de van belang zijnde gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van ziekenhuisopname en/of repatriëring, te verschaffen aan de medisch adviseur van de verzekeraar.

Extra dienstverlening bij tijdelijk verblijf buiten Nederland, van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland, door of door bemiddeling van SOS International:

- a. bij acute ziekte/ongeval van de verzekerde:
  - verstrekking van een garantie op een rechtstreekse betaling van de verpleeg- en/of behandelkosten aan de zorginstelling waarin de verzekerde is opgenomen;
  - noodzakelijke voorschotbetalingen;
  - toezending van noodzakelijke medicijnen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn;
  - repatriëring: in geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding;
  - vergoeding van de noodzakelijke extra verblijfkosten van de verzekerde als repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan;
  - vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek van een gezinslid bij opname van de verzekerde en indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan.
- b. bij overlijden van de verzekerde vergoeding van de kosten van:
  - vervoer van het stoffelijk overschot óf;
  - begrafenis of crematie in het buitenland en de kosten van overkomst van gezinsleden tot maximaal het bedrag dat gepaard zou zijn gegaan met repatriëring van het stoffelijk overschot.
- c. vergoeding van de kosten van opsporing en/of redding van de verzekerde tot een maximumbedrag van f 25.000,-. Dat geldt indien de verzekerde tijdens het verblijf in het buitenland in een noodsituatie belandt, waardoor kosten moeten worden gemaakt vanwege opsporing en/of redding die voor rekening van de verzekerde komen.

## ARTIKEL 5 COMPENSATIE KLASSEVERZEKERDEN

Bij verpleging op basis van klasse 3 in een ziekenhuis vergoedt de verzekeraar een bedrag van f 125,- per verpleegdag indien en voor zover de verzekerde voor een hogere klasse verzekerd is.