

Polisvoorwaarden

Vrije Keuze Zorgplan

Inleiding polisvoorwaarden ONVZ Vrije Keuze Zorgplan

Geachte klant,

ONVZ wil zich onderscheiden als kwalitatieve zorgverzekeraar en het beste voor u zorgen. Dit doet ONVZ door kwalitatieve producten en service te bieden. ONVZ wil meer zijn dan een zorgverzekeraar die snel uw nota's uitkeert en u ook helpen gezond te blijven. En als u zorg nodig heeft u ondersteunen bij het vinden van de beste zorg. Bijvoorbeeld door de dienstverlening van de ONVZ ZorgConsulent bij een ziekenhuisopname. Of met het ONVZ Privé Zorgpakket voor privacy en comfort bij een ziekenhuisopname. Want alleen de beste zorg is voor u goed genoeg.

Voor u liggen de polisvoorwaarden van het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan. Hierin zijn de algemene bepalingen en de polisvoorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen opgenomen. In de polisvoorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op heeft en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken. Om u behulpzaam te zijn bij het gebruik van de polisvoorwaarden, leest u in deze inleiding hoe u eenvoudig door de polisvoorwaarden heen kunt lopen.

Hoe gebruikt u de polisvoorwaarden?

De polisvoorwaarden zijn ingedeeld per verzekeringssoort. Deze indeling vindt u terug in de inhoudsopgave. Afhankelijk van de door u gekozen (aanvullende) verzekeringen, bladert u verder naar de voorwaarden van de desbetreffende verzekering. Ieder onderdeel begint met een inhoudsopgave, gevolgd door een overzicht met de belangrijkste dekkingen. Daarna volgt per onderdeel de uitgebreide omschrijving van de dekking (Deel B) en de diensten (Deel C) die voor de desbetreffende (aanvullende) verzekering gelden.

In de algemene toelichting ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering vindt u voor uw gemak een korte toelichting op de polisvoorwaarden voor de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering. Ook vindt u daarbij een overzicht van de belangrijkste dekkingen van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering. De uitgebreide beschrijving van de dekking hiervan vindt u terug in het onderdeel ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.

Inleiding polisvoorwaarden ONVZ Vrije Keuze Zorgplan

Geachte klant,

ONVZ wil zich onderscheiden als kwalitatieve zorgverzekeraar en het beste voor u zorgen. Dit doet ONVZ door kwalitatieve producten en service te bieden. ONVZ wil meer zijn dan een zorgverzekeraar die snel uw nota's uitkeert en u ook helpen gezond te blijven. En als u zorg nodig heeft u ondersteunen bij het vinden van de beste zorg. Bijvoorbeeld door de dienstverlening van de ONVZ ZorgConsulent bij een ziekenhuisopname. Of met het ONVZ Privé Zorgpakket voor privacy en comfort bij een ziekenhuisopname. Want alleen de beste zorg is voor u goed genoeg.

Voor u liggen de polisvoorwaarden van het ONVZ Vrije Keuze Zorgplan. Hierin zijn de algemene bepalingen en de polisvoorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen opgenomen. In de polisvoorwaarden kunt u lezen waar u als verzekerde recht op heeft en hoe u van deze rechten gebruik kunt maken. Om u behulpzaam te zijn bij het gebruik van de polisvoorwaarden, leest u in deze inleiding hoe u eenvoudig door de polisvoorwaarden heen kunt lopen.

Hoe gebruikt u de polisvoorwaarden?

De polisvoorwaarden zijn ingedeeld per verzekeringssoort. Deze indeling vindt u terug in de inhoudsopgave. Afhankelijk van de door u gekozen (aanvullende) verzekeringen, bladert u verder naar de voorwaarden van de desbetreffende verzekering. Ieder onderdeel begint met een inhoudsopgave, gevolgd door een overzicht met de belangrijkste dekkingen. Daarna volgt per onderdeel de uitgebreide omschrijving van de dekking (Deel B) en de diensten (Deel C) die voor de desbetreffende (aanvullende) verzekering gelden.

In de algemene toelichting ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering vindt u voor uw gemak een korte toelichting op de polisvoorwaarden voor de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering. Ook vindt u daarbij een overzicht van de belangrijkste dekkingen van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering. De uitgebreide beschrijving van de dekking hiervan vindt u terug in het onderdeel ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.

Samenstelling polisvoorwaarden

De polisvoorwaarden zijn onderverdeeld in deel A (Algemene bepalingen) deel B (Omvang dekking) en deel C (Zorgdiensten). De algemene bepalingen zijn van toepassing op iedereen, ongeacht de keuze van uw verzekering. In de algemene bepalingen staan uw rechten en plichten (bijvoorbeeld premiebetaling, wijzigen van gegevens e.d.) beschreven met betrekking tot zowel de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering als uw aanvullende verzekering(en).

ONVZ Zorgverzekeraar

Risicodragers voor de zorgverzekering is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht: 30135168, AFM-inschrijfnummer 12000633) en voor de aanvullende verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, AFM-inschrijfnummer 12001024), beide gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990 GD Houten. Telefoon: 030 63 96 222. Fax: 030 63 51 275. E-mail: www.onvz.nl/info.

Inhoudsopgave

Algemene toelichting ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	7
Aanvullende verzekeringen	
ONVZ Vrije Keuze Extrafit	11
Deel B Omvang dekking 117071	
Deel C Zorgdiensten 132071	
ONVZ Vrije Keuze Benfit	23
Deel B Omvang dekking 111071	
Deel C Zorgdiensten 125071	
ONVZ Vrije Keuze Optifit	37
Deel B Omvang dekking 112071	
Deel C Zorgdiensten 126071	
ONVZ Vrije Keuze Topfit	51
Deel B Omvang dekking 113071	
Deel C Zorgdiensten 127071	
ONVZ Tandfit	63
Deel B Omvang dekking 114071	
ONVZ ZorgConsulent	69
Deel B Omvang dekking 118071	
ONVZ Privé Zorgpakket	75
Deel B Omvang dekking 149071	
Hoofdverzekering	
ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	81
Deel B Omvang dekking 100071	
Overzicht eigen bijdragen en andere voorkomende bedragen	
Deel C Zorgdiensten 124071	
Algemene bepalingen	105
Deel A Algemene bepalingen (aanvullende) verzekering 98071	

Algemene toelichting ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

Sinds 1 januari 2006 is door de overheid de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. Deze wet vormt de grondslag voor de Basisverzekering; één wettelijke zorgverzekering voor iedereen.

Omvang dekking Basisverzekering

Door de overheid is bepaald dat de Basisverzekering de kosten moet vergoeden van noodzakelijke, op genezing gerichte zorg. Met het basispakket bent u op hoofdlijnen verzekerd voor:

- Geneeskundige zorg, waaronder zorg door huisartsen, ziekenhuizen, medisch specialisten en verloskundigen;
- Ziekenhuisverblijf;
- Tandheelkundige zorg (tot 18 jaar, vanaf 18 jaar alleen specialistische tandheelkunde en het kunstgebit);
- Hulpmiddelen;
- Farmaceutische zorg;
- Kraamzorg;
- Ziekenvervoer (ambulance en zittend vervoer);
- Paramedische zorg (beperkt fysiotherapie/oefentherapie, logopedie, ergotherapie, dieetadvisering).

Voor de volledige omschrijving van de dekking van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden.

In de Zorgverzekeringswet zijn de verzekeringsrechten algemeen omschreven. Dit houdt in dat de overheid bepaalt wat er onder de aanspraken valt (de inhoud en omvang van de zorg) en wanneer er aanspraak bestaat. Wie de zorg verleent en waar die wordt verleend is in het nieuwe stelsel de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Het is dus belangrijk hiermee rekening te houden bij de keuze van uw zorgverzekeraar. ONVZ zal op dit terrein de vrije keuze van zorgverleners respecteren.

Polissoorten

Bij de Basisverzekering zijn er verschillende mogelijkheden. Een verzekeraar kan een Basisverzekering aanbieden waarbij u verplicht bent om gebruik te maken van vooraf geselecteerde zorgverleners (naturapolis). Een andere mogelijkheid is dat een verzekeraar u de vrijheid biedt om zelf uw zorgverlener te kiezen. ONVZ is van mening dat u zelf moet kunnen bepalen naar welke zorgverlener u gaat. Bij ONVZ bent u vrij in uw keuze van zorgverleners en heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg.

Voor de volledige omschrijving verwijzen wij u naar artikel 1 van de polisvoorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.

Toelichting premie

Verzekerden vanaf 18 jaar betalen voor de Basisverzekering een nominale premie. Naast deze nominale premie is er ook een inkomensgerelateerde bijdrage. Kinderen onder de 18 jaar betalen geen premie voor de Basisverzekering.

Toelichting no-claim teruggave

Als onderdeel van de Basisverzekering heeft de overheid een no-claim regeling ingevoerd voor alle verzekerden boven de 18 jaar. In uw nominale premie van de Basisverzekering is een bedrag van € 255,- opgenomen dat geldt als no-claim bedrag. Doet u een beroep op vergoeding van zorgkosten bij uw verzekeraar, maar minder dan € 255,- dan krijgt u het overgebleven no-claim bedrag na afloop van het verzekeringsjaar naar verhouding terug. Bezoeken aan de huisarts, kraam- en verloskundige zorg tellen niet mee voor de no-claim teruggave. Voor kinderen onder de 18 jaar geldt de no-claim teruggave niet.

Voor de volledige omschrijving verwijzen wij u naar artikel 2 van de polisvoorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.

Toelichting en keuze eigen risico

Met de Basisverzekering is het mogelijk te kiezen voor een eigen risico. Het eigen risico is het bedrag dat u in één kalenderjaar eerst zelf moet betalen voordat u uw zorgkosten van uw zorgverzekeraar terugkrijgt. U heeft hierbij de keuze van een eigen risico van € 0,- tot maximaal € 500,- per volwassen verzekerde per kalenderjaar. Onder het eigen risico vallen alle zorgkosten. Voor kinderen onder de 18 jaar kan geen eigen risico worden gekozen. De kosten die u maakt voor zorg, worden eerst verrekend met uw no-claim. Vervolgens vindt verrekening plaats met uw eigen risico. Kosten die niet meetellen voor de no-claimteruggave, zijn wel van invloed op het eigen risico.

Voor de volledige omschrijving verwijzen wij u naar artikel 3 van de polisvoorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.

Toelichting aanvullende verzekeringen

Als u heeft gekozen voor één of meer aanvullende verzekeringen, dient u de polisvoorwaarden hiervan te lezen in combinatie met de polisvoorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.

Voor de algemene bepalingen rondom uw Basisverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen, zoals premiebetaling, wijziging gegevens, e.d. verwijzen wij u naar de Algemene bepalingen.

Ingangsdatum

Deze polisvoorwaarden gaan in per 1 januari 2007 en gelden totdat u geïnformeerd wordt over eventuele wijzigingen.

Overzicht verzekerde kosten ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

Verzekerde kosten	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering
Ziekenhuisopname	Volledig
Revalidatie	Volledig
Specialistische hulp	Volledig
Huisarts	Volledig
Nierdialyse	Volledig
Erfelijkheidsonderzoek	Volledig
Weefseltypering	Volledig
Audiologische hulp	Volledig
Logopedie	Volledig
Kaakchirurgie	Volledig
Tandheelkundige hulp en orthodontie in bijzondere gevallen	Volledig
Ergotherapie	Volledig (max. 10 uur)
Privé-klinieken/Zelfstandige behandelcentra	Volledig
Plastische chirurgie	Volledig bij verminkingen en geboortefwijkingen
Orgaantransplantaties	Volledig
In-vitrofertilisatie	Volledig, max. 3 behandelingen
Beenmergonderzoek kinderen	Volledig
Second opinion	Volledig
Farmaceutische hulp (o.a. medicijnen)	Volledig conform regeling Farmaceutische Zorg
Fysio-/oefentherapie, manuele therapie	
• verzekerden tot 18 jaar	Chronisch: volledig Niet chronisch: max. 18 behandelingen
• verzekerden vanaf 18 jaar	Chronisch: volledig vanaf de 10 ^e behandeling Niet chronisch: geen vergoeding
Hulpmiddelen	Vergoeding volgens Reglement Hulpmiddelen
Bevalling ziekenhuis	
• niet medisch geïndiceerd	Verloskamer volledig
• medisch geïndiceerd	Volledig
Kraamzorg	Volledig, aantal uren afhankelijk van indicatie
Tandheelkundige hulp verzekerden tot 18 jaar	Volledig
Ziekenvervoer	Ambulance en taxivervoer: volledig; eigen vervoer € 0,25 per km
Buitenland	
• Voorziene behandelingen	Volledig, max. het in Nederland geldende tarief
• Niet-voorzien behandelingen	Volledig, max. het in Nederland geldende tarief
Arts fleboloog/proctoloog	Volledig
ZorgServicebureau	<ul style="list-style-type: none"> • Algemene informatie over zorg en preventie • Wachtlijstbemiddeling • Regelen van zorg in natura (o.a. kraamzorg)

Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

Voor een precieze omschrijving van de dekking verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden.

ONVZ Vrije Keuze Extrafit

Inhoudsopgave

Overzicht verzekerde kosten	14
Deel B Omvang dekking 117071	
Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg	16
Artikel 2 Paramedische zorg	16
Artikel 3 Niet-klinische psychiatrische zorg	16
Artikel 4 Farmaceutische zorg	16
Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen	17
Artikel 6 Vaccinaties	17
Artikel 7 Eigen bijdragen hulpmiddelen	17
Artikel 8 Overige hulpmiddelen	17
lid 1 Bewakingsapparatuur wiegendood	
lid 2 Rolstoelen/Invalidenwagens	
lid 3 Steunzolen	
lid 4 Verpleegartikelen	
lid 5 Wekapparaten	
Artikel 9 Bijzondere behandelingen/therapieën	18
lid 1 Acnébehandeling	
lid 2 Camouflagetherapie	
lid 3 Elektrische epilatie of laserbehandeling	
lid 4 Lymfedrainage	
lid 5 Podotherapie	
lid 6 Psoriasisdagbehandeling	
lid 7 Stottertherapie	
lid 8 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	
Artikel 10 Ronald McDonald- of familiehuis	19
Artikel 11 Verblijf gezinslid bij levertransplantatie	19
Artikel 12 Ziekenvervoer	20
Artikel 13 Buitenland	20

Deel C Zorgdiensten 132071

ONVZ ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg	21
Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	21
Kraamzorg	21
Kraamzorg in natura	
Kraampakket	
Taxivervoer	21
Wachttijstbemiddeling	22
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	22

Overzicht verzekerde kosten ONVZ Vrije Keuze Extrafit

Verzekerde kosten	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	ONVZ Vrije Keuze Extrafit
Ziekenhuisopname	Volledig	Zie Basisverzekering
Revalidatie	Volledig	Zie Basisverzekering
Specialistische hulp	Volledig	Zie Basisverzekering
Huisarts	Volledig	Zie Basisverzekering
Nierdialyse	Volledig	Zie Basisverzekering
Erfelijkheidsonderzoek	Volledig	Zie Basisverzekering
Weefseltypering	Volledig	Zie Basisverzekering
Audiologische hulp	Volledig	Zie Basisverzekering
Logopedie	Volledig	Zie Basisverzekering
Kaakchirurgie	Volledig	Zie Basisverzekering
Tandheelkundige hulp en orthodontie in bijzondere gevallen	Volledig	Zie Basisverzekering
Ergotherapie	Volledig (max. 10 uur)	Zie Basisverzekering
Privé-klinieken/Zelfstandige behandelcentra	Volledig	Zie Basisverzekering
Plastische chirurgie	Volledig bij verminkingen en geboortefwijkingen	Zie Basisverzekering
Orgaantransplantaties	Volledig	Zie Basisverzekering
In-vitrofertilisatie	Volledig, max. 3 behandeling	Zie Basisverzekering
Beenmergonderzoek kinderen	Volledig	Zie Basisverzekering
Second opinion	Volledig	Zie Basisverzekering
Farmaceutische hulp (o.a. medicijnen)	Volledig conform regeling Farmaceutische Zorg	Aanvullend op de regeling Farmaceutische Zorg wordt buiten deze regeling max. € 4.540,- vergoed. Niet vergoed worden o.a. anticonceptiva en zelfzorgmiddelen
Fysio-/oefentherapie, manuele therapie		
• verzekerden tot 18 jaar	Chronisch: volledig Niet chronisch: max. 18 behandelingen	Aanvullend maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
• verzekerden vanaf 18 jaar	Chronisch: volledig vanaf de 10e behandeling Niet chronisch: geen vergoeding	Aanvullend maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
Hulpmiddelen	Vergoeding volgens Reglement Hulpmiddelen	Zie Basisverzekering + aanvullende vergoeding eigen bijdrage max. € 250,- per verzekerde per jaar. Vergoeding eigen bijdrage prikken max. € 115,-
Bevalling ziekenhuis		
• niet medisch geïndiceerd	Verloskamer volledig	Zie Basisverzekering
• medisch geïndiceerd	Volledig	Zie Basisverzekering
Kraamzorg	Volledig, aantal uren afhankelijk van indicatie	Zie Basisverzekering + kraampakket
Tandheelkundige hulp verzekerden tot 18 jaar	Volledig	Zie Basisverzekering
Ziekenvervoer	Ambulance en taxivervoer: volledig; eigen vervoer € 0,25 per km	Zie Basisverzekering + vergoeding Eigen Bijdrage
Arts fleboloog/proctoloog	Volledig	Zie Basisverzekering

Verzekerde kosten	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	ONVZ Vrije Keuze Extrafit
Buitenland		
• Voorziene behandelingen	Volledig, max. het in Nederland geldende tarief	Maximaal het in Nederland geldende tarief/het marktconforme tarief. België, Frankrijk, Duitsland: max. 2x het in Nederland geldende tarief/het marktconforme tarief
• Niet-voorziene behandelingen	Volledig, max. het in Nederland geldende tarief	Max. 2x het in Nederland geldende tarief/het marktconforme tarief
Repatriëring	Geen vergoeding	Volledig
Alternatieve geneeswijzen	Geen vergoeding	Max. € 27,- per beh. tot max. 20 beh. per jaar (artsen)
Psychotherapie	Geen vergoeding	Eigen bijdrage tot max. € 410,-
Preventieve geneeskunde	Geen vergoeding	Vaccinaties 50% tot max. € 91,- tegen Hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera en meningococcen
Bewakingsapparatuur wiegendood	Geen vergoeding	Volledig
Wekapparaten	Geen vergoeding	Huur max. 3 maanden of aanschaf max. € 85,-
Verpleegartikelen	Geen vergoeding	Volledig
Steunzolen	Geen vergoeding	Volledig
Camouflagetherapie	Geen vergoeding	Volledig
Elektrische epilatie/laserbehandeling	Geen vergoeding	Volledig tot max. € 1.000,- per vrouwelijke verzekerde (in het gelaat)
Lymfedrainage	Geen vergoeding	Volledig
Podotherapie	Geen vergoeding	Volledig
Acnébehandeling	Geen vergoeding	Volledig
Stottertherapie	Geen vergoeding	Volledig tot max. € 350,-
Psoriasisdagbehandeling	Geen vergoeding	Volledig tot max. € 500,- Vervoerskosten max. € 230,- per verzekerde per jaar
Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	Geen vergoeding	Eigen bijdrage tot € 6,- per dag max. 42 dagen per verzekerde per jaar
Ronald McDonald- of familiehuis	Geen vergoeding	Eigen bijdrage volledig, max. € 230,- per verzekerde per jaar
Verblijf gezinslid levertransplantatie	Geen vergoeding	Max. € 25,- per dag, plus vervoerskosten
ZorgServicebureau	<ul style="list-style-type: none"> • Algemene informatie over zorg en preventie • Wachtlijstbemiddeling • Regelen van zorg in natura (o.a. kraamzorg) 	<ul style="list-style-type: none"> • Algemene informatie over zorg en preventie • Wachtlijstbemiddeling • Regelen van zorg in natura (o.a. kraamzorg) • Verhaalsbijstand

Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.
Voor een precieze omschrijving van de dekking verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden.

Deel B Omvang dekking ONVZ Vrije Keuze Extrafit

117071

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Extrafit een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens officieel goedgekeurde of marktconforme tarieven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

Artikel 1

Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerden hebben bij zwangerschap recht op een kraampakket (zie Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Extrafit).

Artikel 2

Paramedische zorg

Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie

De kosten van hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar tot maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De hulp moet in de beroepsgroep algemeen aanvaard zijn en door de behandelend huisarts of specialist zijn voorgeschreven.

Artikel 3

Niet-klinische psychiatrische zorg

Vergoed wordt de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage zoals bepaald in de AWBZ, voor de verstrekking niet-klinische psychiatrische zorg tot een maximum van € 410,- per behandelreeks.

Artikel 4

lid 1

Farmaceutische zorg

De Farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een (homeopathisch) arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed:

1. de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar. Vergoeding vindt plaats tot een maximum van € 4.540,- per verzekerde per kalenderjaar. De middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel zijn uitgezonderd;

2. de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van het Reglement Farmaceutische Zorg van de zorgverzekeraar;
3. de kosten van geregistreerde homeopathische preparaten;
4. de kosten van verbandmiddelen die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende hulp.

lid 2

In tegenstelling tot hetgeen bepaald in het vorige lid:

1. bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van:
 - zelfzorggeneesmiddelen;
 - anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap), tenzij sprake is van een medische noodzaak;
 - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteits- en kunstmatige voortplantingstechnieken.
2. heeft de verzekeraar de bevoegdheid te bepalen dat slechts vergoeding wordt verleend voor een door de verzekeraar aangewezen onderling vervangbaar geregistreerd geneesmiddel. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 5

Alternatieve geneeswijzen

De kosten van het consulteren van of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, zoals bijvoorbeeld een homeopathisch arts, een natuurarts, een antroposofisch arts, een arts Moermantherapie en een arts enzymtherapie. Vergoed wordt tot maximaal € 27,- per behandeling met een maximum van 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 6

Vaccinaties

50% van de kosten van de volgende vaccinaties tegen: Hepatitis A en B; DTP; Gele koorts; Typhus; Cholera; Meningococcon, wegens verblijf in het buitenland. Vergoed wordt tot een maximum van € 91,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 7

Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd zoals vermeld staat in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Voor pruiken geldt een eigen bijdrage van maximaal € 115,-. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

Artikel 8

lid 1

Overige hulpmiddelen

Bewakingsapparatuur wiegendood

De kosten van huur c.q. in bruikleengeving van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, mits op aanvraag van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

- lid 2 *Rolstoelen/Invalidenwagens*
De kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens als het gebruik medisch noodzakelijk is. Op deze vergoeding kan geen aanspraak gemaakt worden als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 3 *Steunzolen*
De kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering moet geschieden door een orthopedisch schoentechnicus, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici.
- lid 4 *Verpleegartikelen*
De kosten van huur van verpleegartikelen als het gebruik ervan medisch noodzakelijk is. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 5 *Wekapparaten*
De kosten van huur van een plaswekker (inclusief bandages) voor een periode van drie maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering en op voorschrift van de behandelend arts.
- Artikel 9** **Bijzondere behandelingen/therapieën**
- lid 1 *Acnébehandeling*
De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e). De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts.
- lid 2 *Camouflagetherapie*
De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en van voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 3 *Elektrische epilatie of laserbehandeling*
De kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat tot maximaal € 1000,- gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 4 *Lymfedrainage*
De kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem en de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

- lid 5 *Podotherapie*
De kosten van behandeling door een podotherapeut. Behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.
- lid 6 *Psoriasisdagbehandeling*
1. de kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra tot een maximum van € 500,-. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend;
2. de reiskosten naar het psoriasisdagbehandelingscentrum tot een maximum van € 230,- per verzekerde per kalenderjaar. Vergoeding van de reiskosten duurt, zolang de behandeling op grond van deze verzekering wordt vergoed. Vergoeding vindt plaats op basis van tarieven openbaar vervoer, 2e klasse.
- lid 7 *Stottertherapie*
Vergoed worden de kosten van stottertherapie tot een maximum van € 350,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 8 *Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren*
De verschuldigde eigen bijdrage van € 6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.
- Artikel 10** **Ronald McDonald- of familiehuis**
Vergoed wordt € 11,- per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van € 230,- per kalenderjaar voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerkamer, in geval van een ziekenhuisopname van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.
- Artikel 11** **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 Academische Ziekenhuis Groningen vanwege een levertransplantatie. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Maximaal worden de volgende kosten vergoed:
- verblijf in het zusterhuis tot een maximum van € 25,- per dag gedurende de periode van opname van de getransplanteerde;
 - de kosten van vervoer naar het zusterhuis op basis van openbaar vervoer, tweede klasse of vervoer per eigen auto tot een maximum van € 0,25 per kilometer.

Artikel 12**Ziekenvervoer**

Voor verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering wordt de eigen bijdrage vergoed.

Artikel 13**Buitenland**

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed.

lid 1

Onvoorziene behandelingen:

Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste 2x het in Nederland geldende marktconforme of wettelijke bedrag.

lid 2

Voorziene behandelingen:

De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Echter, behandelingen ondergaan in België, Frankrijk of Duitsland worden vergoed tot ten hoogste 2x het in Nederland geldende marktconforme of wettelijke bedrag.

lid 3

Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

lid 4

ANWB Alarmcentrale

In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met ANWB Alarmcentrale. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met ANWB Alarmcentrale.

ANWB Alarmcentrale is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer: 31 (0)70 314 58 70.

lid 5

Repatriëring

In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat tevens dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Organisatie van repatriëring geschiedt door ANWB Alarmcentrale.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ANWB Alarmcentrale in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

lid 6

De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ANWB Alarmcentrale bepaalde gegevens te verschaffen aan de medische adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Extrafit

132071

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 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 op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

Het ONVZ gezondheidsbulletin informeert de verzekerde over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en ontwikkelingen in de gezondheidszorg en wordt viermaal per jaar gratis aan de verzekerde toegezonden. Daarnaast kan de verzekerde via het ONVZ ZorgServicebureau:

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

Kraamzorg

Kraamzorg in natura

Voor informatie over kraamzorg en aanmelding van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau. Indien verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt het ONVZ ZorgServicebureau, onder voorbehoud van beschikbaarheid, 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. Met vragen over het kraampakket en de aanvraag van het pakket kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

Taxivervoer

Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen aan haar verzekerden laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Indien de verzekerde hiervan gebruik wil maken kan contact worden opgenomen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Wachttijlbemiddeling

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een 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 € 11.345,-. Schade als gevolg van een medische behandeling vormt geen onderdeel van deze service. Een geschillenregeling maakt tevens onderdeel uit van de voorwaarden. Een reglement met daarin alle voorwaarden 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.

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

0800 022 14 50

ONVZ Vrije Keuze Benefit

Inhoudsopgave

Overzicht verzekerde kosten	26
Deel B Omvang dekking 111071	
Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg	28
Artikel 2 Paramedische zorg	28
lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie	
lid 2 Chiropractie	
lid 3 Acupunctuur	
lid 4 Orthoptische hulp	
lid 5 Osteopathie	
Artikel 3 Niet-klinische psychiatrische zorg	29
Artikel 4 Farmaceutische zorg	29
Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen	29
Artikel 6 Vaccinaties	29
Artikel 7 Eigen bijdragen hulpmiddelen	30
Artikel 8 Overige hulpmiddelen	30
lid 1 Bewakingsapparatuur wiegendood	
lid 2 Rolstoelen/Invalidenwagens	
lid 3 Steunzolen	
lid 4 Verpleegartikelen	
lid 5 Wekapparaten	
Artikel 9 Bijzondere behandelingen/therapieën	30
lid 1 Acnébehandeling	
lid 2 Camouflagetherapie	
lid 3 Elektrische epilatie of laserbehandeling	
lid 4 Lymfedrainage	
lid 5 Podotherapie	
lid 6 Psoriasisdagbehandeling	
lid 7 Stottertherapie	
lid 8 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	
Artikel 10 Ronald McDonald- of familiehuis	31
Artikel 11 Verblijf gezinslid bij levertransplantatie	32
Artikel 12 Ziekenvervoer	32
Artikel 13 Orthodontie	32
Artikel 14 Buitenland	32

Deel C Zorgdiensten 125071

ONVZ ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg	34
Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	34
Kraamzorg	34
Kraamzorg in natura	
Kraampakket	
Taxivervoer	34
Wachttijstbemiddeling	35
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	35

Overzicht verzekerde kosten ONVZ Vrije Keuze Benfit

Verzekerde kosten	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	ONVZ Vrije Keuze Benfit
Ziekenhuisopname	Volledig	Zie Basisverzekering
Revalidatie	Volledig	Zie Basisverzekering
Specialistische hulp	Volledig	Zie Basisverzekering
Huisarts	Volledig	Zie Basisverzekering
Nierdialyse	Volledig	Zie Basisverzekering
Erfelijkheidsonderzoek	Volledig	Zie Basisverzekering
Weefseltypering	Volledig	Zie Basisverzekering
Audiologische hulp	Volledig	Zie Basisverzekering
Logopedie	Volledig	Zie Basisverzekering
Kaakchirurgie	Volledig	Zie Basisverzekering
Tandheelkundige hulp en orthodontie in bijzondere gevallen	Volledig	Zie Basisverzekering
Ergotherapie	Volledig (max. 10 uur)	Zie Basisverzekering
Privé-klinieken/Zelfstandige behandelcentra	Volledig	Zie Basisverzekering
Plastische chirurgie	Volledig bij verminkingen en geboortefwijkingen	Zie Basisverzekering
Orgaantransplantaties	Volledig	Zie Basisverzekering
In-vitrofertilisatie	Volledig, max. 3 behandelingen	Zie Basisverzekering
Beenmergonderzoek kinderen	Volledig	Zie Basisverzekering
Second opinion	Volledig	Zie Basisverzekering
Farmaceutische hulp (o.a. medicijnen)	Volledig conform regeling Farmaceutische Zorg	Aanvullend op de regeling Farmaceutische Zorg wordt buiten deze regeling max. € 4.540,- vergoed. Niet vergoed worden o.a. anticonceptiva en zelfzorgmiddelen
Fysio-/oefentherapie, manuele therapie		
• verzekerden tot 18 jaar	Chronisch: volledig Niet chronisch: max. 18 behandelingen	Aanvullend maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
• verzekerden vanaf 18 jaar	Chronisch: volledig vanaf de 10e behandeling Niet chronisch: geen vergoeding	Aanvullend maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
Hulpmiddelen	Vergoeding volgens Reglement Hulpmiddelen	Zie Basisverzekering + aanvullende vergoeding eigen bijdrage max. € 250,- per verzekerde per jaar. Vergoeding eigen bijdrage pruiken max. € 115,-
Bevalling ziekenhuis		
• niet medisch geïndiceerd	Verloskamer volledig	Zie Basisverzekering
• medisch geïndiceerd	Volledig	Zie Basisverzekering
Kraamzorg	Volledig, aantal uren afhankelijk van indicatie	Zie Basisverzekering + kraampakket
Tandheelkundige hulp verzekerden tot 18 jaar	Volledig	Zie Basisverzekering
Ziekenvervoer	Ambulance en taxivervoer: volledig; eigen vervoer € 0,25 per km	Zie Basisverzekering + vergoeding Eigen Bijdrage
Arts fleboloog/proctoloog	Volledig	Zie Basisverzekering
Alternatieve geneeswijzen	Geen vergoeding	Max. € 27,- per beh. tot max. 20 beh. per jaar (artsen)

Verzekerde kosten	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	ONVZ Vrije Keuze Benfit
Buitenland		
• Voorziene behandelingen	Volledig, max. het in Nederland geldende tarief	Maximaal het in Nederland geldende tarief/het marktconforme tarief. België, Frankrijk, Duitsland: max. 2x het in Nederland geldende tarief/het marktconforme tarief
• Niet-voorzien behandelingen	Volledig, max. het in Nederland geldende tarief	Max. 2x het in Nederland geldende tarief/het marktconforme tarief
Repatriëring	Geen vergoeding	Volledig
Orthodontie	Geen vergoeding	Tot 18 jaar max. € 1.365,-
Orthoptie	Geen vergoeding	Volledig
Chiropractie	Geen vergoeding	Volledig
Osteopathie	Geen vergoeding	Volledig
Acupunctuur	Geen vergoeding	Volledig
Psychotherapie	Geen vergoeding	Eigen bijdrage tot max. € 410,-
Preventieve geneeskunde	Geen vergoeding	Vaccinaties 50% tot max. € 91,- tegen Hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera en meningococcen
Bewakingsapparatuur wiegendood	Geen vergoeding	Volledig
Wekapparaten	Geen vergoeding	Huur max. 3 maanden of aanschaf max. € 85,-
Verpleegartikelen	Geen vergoeding	Volledig
Steunzolen	Geen vergoeding	Volledig
Camouflagetherapie	Geen vergoeding	Volledig
Elektrische epilatie/laserbehandeling	Geen vergoeding	Volledig tot max. € 1.000,- per vrouwelijke verzekerde (in het gelaat)
Lymfdrainage	Geen vergoeding	Volledig
Podotherapie	Geen vergoeding	Volledig
Acnébehandeling	Geen vergoeding	Volledig
Stottertherapie	Geen vergoeding	Volledig tot max. € 350,-
Psoriasisdagbehandeling	Geen vergoeding	Volledig tot max. € 500,- Vervoerskosten max. € 230,- per verzekerde per jaar
Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	Geen vergoeding	Eigen bijdrage tot € 6,- per dag max. 42 dagen per verzekerde per jaar
Ronald McDonald- of familiehuis	Geen vergoeding	Eigen bijdrage volledig, max. € 230,- per verzekerde per jaar
Verblijf gezinslid levertransplantatie	Geen vergoeding	Max. € 25,- per dag, plus vervoerskosten
ZorgServicebureau	<ul style="list-style-type: none"> • Algemene informatie over zorg en preventie • Wachtlijstbemiddeling • Regelen van zorg in natura (o.a. kraamzorg) 	<ul style="list-style-type: none"> • Algemene informatie over zorg en preventie • Wachtlijstbemiddeling • Regelen van zorg in natura (o.a. kraamzorg) • Verhaalsbijstand

Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.
Voor een precieze omschrijving van de dekking verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden.

Deel B Omvang dekking ONVZ Vrije Keuze Benfit

111071

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Benfit een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens officieel goedgekeurde of marktconforme tarieven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

Artikel 1

Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerden hebben bij zwangerschap recht op een kraampakket (zie Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Benfit).

Artikel 2

Paramedische zorg

De kosten van paramedische hulp die door de behandelend huisarts of specialist is voorgeschreven. Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

lid 1

Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie

De kosten van hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar tot maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De hulp moet in de beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.

lid 2

Chiropractie

De hulp verleend door een chiropractor. Deze hulp moet in de betreffende beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.

lid 3

Acupunctuur

Acupunctuurbehandelingen uitgevoerd door een arts of fysiotherapeut, die als acupuncturist gediplomeerd is of door een acupuncturist die is aangesloten bij een erkende beroepsvereniging.

lid 4

Orthoptische hulp

Orthoptische hulp verleend door een orthoptist.

lid 5

Osteopathie

De hulp verleend door een osteopaat.

Artikel 3

Niet-klinische psychiatrische zorg

Vergoed wordt de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage zoals bepaald in de AWBZ, voor de verstrekking niet-klinische psychiatrische zorg tot een maximum van € 410,- per behandelreeks.

Artikel 4

lid 1

Farmaceutische zorg

De Farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een (homeopathisch) arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed:

1. de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar. Vergoeding vindt plaats tot een maximum van € 4.540,- per verzekerde per kalenderjaar. De middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddelen zijn uitgezonderd;
2. de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van het Reglement Farmaceutische Zorg van de zorgverzekeraar;
3. de kosten van geregistreerde homeopathische preparaten;
4. de kosten van verbandmiddelen die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende hulp.

lid 2

In tegenstelling tot hetgeen bepaald in het vorige lid:

1. bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van:
 - zelfzorggeneesmiddelen;
 - anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap), tenzij sprake is van een medische noodzaak;
 - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteits- en kunstmatige voortplantingstechnieken.
2. heeft de verzekeraar de bevoegdheid te bepalen dat slechts vergoeding wordt verleend voor een door de verzekeraar aangewezen onderling vervangbaar geregistreerd geneesmiddel. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 5

Alternatieve geneeswijzen

De kosten van het consulteren of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, zoals bijvoorbeeld een homeopathisch arts, een natuurarts, een antroposofisch arts, een arts Moermantherapie en een arts enzymtherapie. Vergoed wordt tot maximaal € 27,- per behandeling met een maximum van 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 6

Vaccinaties

50% van de kosten van de volgende vaccinaties tegen: Hepatitis A en B; DTP; Gele koorts; Typhus; Cholera; Meningococcon, wegens verblijf in het buitenland. Vergoed wordt tot een maximum van € 91,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 7

Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd zoals vermeld staat in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Voor pruiken geldt een eigen bijdrage van maximaal € 115,-. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

Artikel 8

Overige hulpmiddelen

lid 1

Bewakingsapparatuur wiegendood

De kosten van huur c.q. in bruikleening van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, mits op aanvraag van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

lid 2

Rolstoelen/Invalidenwagens

De kosten van in bruikleening van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens als het gebruik medisch noodzakelijk is. Op deze vergoeding kan geen aanspraak gemaakt worden als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.

lid 3

Steunzolen

De kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering moet geschieden door een orthopedisch schoentechnicus, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici.

lid 4

Verpleegartikelen

De kosten van huur van verpleegartikelen als het gebruik ervan medisch noodzakelijk is. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.

lid 5

Wekapparaten

De kosten van huur van een plaswekker (inclusief bandages) voor een periode van drie maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering op voorschrift van de behandelend arts.

Artikel 9

Bijzondere behandelingen/therapieën

lid 1

Acnébehandeling

De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e). De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts.

lid 2

Camouflagetherapie

De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en van voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

- lid 3 *Elektrische epilatie of laserbehandeling*
De kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat tot maximaal € 1.000,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 4 *Lymfedrainage*
De kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem en de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 5 *Podotherapie*
De kosten van behandeling door een podotherapeut. Behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.
- lid 6 *Psoriasisdagbehandeling*
 1. de kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra tot een maximum van € 500,-. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend;
 2. de reiskosten naar het psoriasisdagbehandelingscentrum tot een maximum van € 230,- per verzekerde per kalenderjaar. Vergoeding van de reiskosten duurt, zolang de behandeling op grond van deze verzekering wordt vergoed. Vergoeding vindt plaats op basis van tarieven openbaar vervoer, 2e klasse.
- lid 7 *Stottertherapie*
Vergoed worden de kosten van stottertherapie tot een maximum van € 350,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 8 *Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren*
De verschuldigde eigen bijdrage van € 6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.
- Artikel 10** **Ronald McDonald- of familiehuis**
Vergoed wordt € 11,- per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van € 230,- per kalenderjaar voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis, in geval van een ziekenhuisopname van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

Artikel 11

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 Academische Ziekenhuis Groningen vanwege een levertransplantatie. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Maximaal worden de volgende kosten vergoed:

- verblijf in het zusterhuis tot een maximum van € 25,- per dag gedurende de periode van opname van de getransplanteerde;
- de kosten van vervoer naar het zusterhuis op basis van openbaar vervoer, tweede klasse of vervoer per eigen auto tot een maximum van € 0,25 per kilometer.

Artikel 12

Ziekenvervoer

Voor verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering wordt de eigen bijdrage vergoed.

Artikel 13

Orthodontie

Orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Vergoed wordt tot maximaal € 1.365,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

Artikel 14

Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed.

lid 1

Onvoorziene behandelingen:

Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste 2x het in Nederland geldende marktconforme of wettelijke bedrag.

lid 2

Voorziene behandelingen:

De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Echter, behandelingen ondergaan in België, Frankrijk of Duitsland worden vergoed tot ten hoogste 2x het in Nederland geldende marktconforme of wettelijke bedrag.

lid 3

Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

lid 4

ANWB Alarmcentrale

In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met ANWB Alarmcentrale. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met ANWB Alarmcentrale.

ANWB Alarmcentrale is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer: 31 (0)70 314 58 70.

lid 5

Repatriëring

In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat tevens dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Organisatie van repatriëring geschiedt door ANWB Alarmcentrale.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ANWB Alarmcentrale in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

lid 6

De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ANWB Alarmcentrale bepaalde gegevens te verschaffen aan de medische adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Benfit

125071

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 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 op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

Het ONVZ gezondheidsbulletin informeert de verzekerde over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en ontwikkelingen in de gezondheidszorg en wordt viermaal per jaar gratis aan de verzekerde toegezonden. Daarnaast kan de verzekerde via het ONVZ ZorgServicebureau:

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

Kraamzorg

Kraamzorg in natura

Voor informatie over kraamzorg en aanmelding van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau. Indien verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt het ONVZ ZorgServicebureau, onder voorbehoud van beschikbaarheid, 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. Met vragen over het kraampakket en de aanvraag van het pakket kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

Taxivervoer

Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen aan haar verzekerden laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Indien de verzekerde hiervan gebruik wil maken kan contact worden opgenomen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Wachttijlbemiddeling

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een 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 € 11.345,-. Schade als gevolg van een medische behandeling vormt geen onderdeel van deze service. Een geschillenregeling maakt tevens onderdeel uit van de voorwaarden. Een reglement met daarin alle voorwaarden 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.

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

0800 022 14 50

ONVZ Vrije Keuze Optifit

Inhoudsopgave

Overzicht verzekerde kosten	40
Deel B Omvang dekking 112071	
Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg	42
Artikel 2 Paramedische zorg	42
lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie	
lid 2 Chiropractie	
lid 3 Acupunctuur	
lid 4 Orthoptische hulp	
lid 5 Osteopathie	
lid 6 Haptonomie	
Artikel 3 Niet-klinische psychiatrische zorg	43
Artikel 4 Psychologische zorg	43
Artikel 5 Farmaceutische zorg	43
Artikel 6 Alternatieve geneeswijzen	44
Artikel 7 Vaccinaties	44
Artikel 8 Thuiszorg	44
Artikel 9 Eigen bijdragen hulpmiddelen	44
Artikel 10 Overige hulpmiddelen	44
lid 1 Brillenglazen/Contactlenzen	
lid 2 Bewakingsapparatuur wiegendood	
lid 3 Rolstoelen/Invalidenwagens	
lid 4 Steunzolen	
lid 5 Verpleegartikelen	
lid 6 Wekapparaten	
Artikel 11 Bijzondere behandelingen/therapieën	45
lid 1 Acnébehandeling	
lid 2 Camouflagetherapie	
lid 3 Elektrische epilatie of laserbehandeling	
lid 4 Lymfedrainage	
lid 5 Podotherapie	
lid 6 Psoriasisdagbehandeling	
lid 7 Stottertherapie	
lid 8 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	
lid 9 Sterilisatie	
lid 10 Plastische chirurgie	
lid 11 Bewegprogramma's	

Artikel 12 Ronald McDonald- of familiehuis	47
Artikel 13 Verblijf gezinslid bij levertransplantatie	47
Artikel 14 Ziekenvervoer	47
Artikel 15 Mondzorg	47
Artikel 16 Buitenland	48
Deel C Zorgdiensten 126071	
ONVZ ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg	49
Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	49
Preventiecurssussen	49
Lidmaatschap patiëntenvereniging	49
Thuiszorg in natura	50
Taxivervoer	50
Kraamzorg	50
Kraamzorg in natura	
Kraampakket	
Wachttijstbemiddeling	50
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	50

Overzicht verzekerde kosten ONVZ Vrije Keuze Optifit

Verzekerde kosten	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	ONVZ Vrije Keuze Optifit
Ziekenhuisopname	Volledig	Zie Basisverzekering
Revalidatie	Volledig	Zie Basisverzekering
Specialistische hulp	Volledig	Zie Basisverzekering
Huisarts	Volledig	Zie Basisverzekering
Nierdialyse	Volledig	Zie Basisverzekering
Erfelijkheidsonderzoek	Volledig	Zie Basisverzekering
Weefseltypering	Volledig	Zie Basisverzekering
Audiologische hulp	Volledig	Zie Basisverzekering
Logopedie	Volledig	Zie Basisverzekering
Kaakchirurgie	Volledig	Zie Basisverzekering
Tandheelkundige hulp en orthodontie in bijzondere gevallen	Volledig	Zie Basisverzekering
Ergotherapie	Volledig (max. 10 uur)	Zie Basisverzekering
Privé-klinieken/ Zelfstandige behandelcentra	Volledig	Zie Basisverzekering
Plastische chirurgie	Volledig bij verminkingen en geboorteafwijkingen	Volledig bij verminkingen en geboorteafwijkingen. Op medische indicatie o.a. ooglid- en buikwand correctie
Orgaantransplantaties	Volledig	Zie Basisverzekering
In-vitrofertilisatie	Volledig, max. 3 behandelingen	Zie Basisverzekering
Beenmergonderzoek kinderen	Volledig	Zie Basisverzekering
Second opinion	Volledig	Zie Basisverzekering
Farmaceutische hulp (o.a. medicijnen)	Volledig conform regeling Farmaceutische Zorg	Aanvullend op de regeling Farmaceutische Zorg wordt buiten deze regeling max. €4.540,- vergoed. Tevens worden o.a. anticonceptiva en zelfzorgmiddelen vergoed
Fysio-/oefentherapie, manuele therapie		
• verzekerden tot 18 jaar	Chronisch: volledig Niet chronisch: max. 18 behandelingen	Volledig
• verzekerden vanaf 18 jaar	Chronisch: volledig vanaf de 10 ^e beh. Niet chronisch: geen vergoeding	Volledig
Hulpmiddelen	Vergoeding volgens Reglement Hulpmiddelen	Vergoeding volgens Reglement Hulpmiddelen + aanvullend eigen bijdrage tot max. €250,- per verzekerde per jaar. Vergoeding eigen bijdrage pruiken max. €115,-
Bevalling ziekenhuis		
• niet medisch geïndiceerd	Verloskamer volledig	Zie Basisverzekering
• medisch geïndiceerd	Volledig	Zie Basisverzekering
Kraamzorg	Volledig, aantal uren afhankelijk van indicatie	Zie Basisverzekering + kraamzorguitkering van €230,-
Tandheelkundige hulp verzekerden tot 18 jaar	Volledig	Zie Basisverzekering
Ziekenvervoer	Ambulance en taxivervoer: volledig; eigen vervoer €0,25 per km	Zie Basisverzekering + vergoeding Eigen Bijdrage
Arts fleboloog/proctoloog	Volledig	Zie Basisverzekering
Alternatieve geneeswijzen	Geen vergoeding	Volledig tot max. €1.000,- per verzekerde per kalenderjaar (artsen) incl. geleverde middelen

Verzekerde kosten	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	ONVZ Vrije Keuze Optifit
Buitenland		
• Voorziene behandelingen	Volledig, max. het in Nederland geldende tarief	Maximaal het in Nederland geldende tarief/ het marktconforme tarief. België, Frankrijk, Duitsland: max. 2x het in Nederland geldende tarief/het marktconforme tarief
• Niet-voorziene behandelingen	Volledig, max. het in Nederland geldende tarief	Max. 2x het in Nederland geldende tarief/ het marktconforme tarief
Repatriëring	Geen vergoeding	Volledig
Orthodontie	Geen vergoeding	Tot 18 jaar volledig
Orthoptie	Geen vergoeding	Volledig
Chiropractie	Geen vergoeding	Volledig
Osteopathie	Geen vergoeding	Volledig
Acupunctuur	Geen vergoeding	Volledig
Psychotherapie	Geen vergoeding	Eigen bijdrage tot max. € 410,-
Preventieve geneeskunde	Geen vergoeding	Vaccinaties 50% tot max. € 91,- tegen Hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera en meningococcen
Bewakingsapparatuur wiegendood	Geen vergoeding	Volledig
Wekapparaten	Geen vergoeding	Huur max. 3 maanden of aanschaf max. € 85,-
Verpleegartikelen	Geen vergoeding	Volledig
Steunzolen	Geen vergoeding	Volledig
Camouflagetherapie	Geen vergoeding	Volledig
Elektrische epilatie/laserbehandeling	Geen vergoeding	Volledig tot max. € 1.000,- per vrouwelijke verzekerde (in het gelaat)
Lymfdrainage	Geen vergoeding	Volledig
Podotherapie	Geen vergoeding	Volledig
Acnébehandeling	Geen vergoeding	Volledig
Stottertherapie	Geen vergoeding	Volledig tot max. € 350,-
Psoriasisdagbehandeling	Geen vergoeding	Volledig tot max. € 500,- Vervoerskosten max. € 230,- per verzekerde per jaar
Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	Geen vergoeding	Eigen bijdrage tot € 6,- per dag max. 42 dagen per verzekerde per jaar
Ronald McDonald of familiehuis	Geen vergoeding	Eigen bijdrage volledig, max. € 230,- per verzekerde per jaar
Verblijf gezinslid levertransplantatie	Geen vergoeding	Max. € 25,- per dag, plus vervoerskosten
Sterilisatie	Geen vergoeding	Volledig
Psycholoog	Geen vergoeding	Max. € 500,- per verzekerde per jaar
Brillenglazen/contactlenzen	Geen vergoeding	Max. € 500,- per 3 jaar
Thuishulp na ontslag ziekenhuisopname	Geen vergoeding	Aanvullend op AWBZ max. € 205,-
ZorgServicebureau	<ul style="list-style-type: none"> • Algemene informatie over zorg en preventie • Wachtlijstbemiddeling • Regelen van zorg in natura (o.a. kraamzorg) 	<ul style="list-style-type: none"> • Algemene informatie over zorg en preventie • Wachtlijstbemiddeling • Regelen van zorg in natura (o.a. kraamzorg en thuiszorg) • Verhaalsbijstand

Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.
Voor een precieze omschrijving van de dekking verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden.

Deel B Omvang dekking ONVZ Vrije Keuze Optifit

112071

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Optifit een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens officieel goedgekeurde of marktconforme tarieven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

Artikel 1

Verloskundige zorg en kraamzorg

Voor vrouwelijke verzekerden geldt naast de vergoeding zoals bepaald is op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis: een uitkering ten behoeve van kraamzorg van € 230,-.
- lid 2 Tevens heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket (zie Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Optifit)

Artikel 2

Paramedische zorg

De kosten van paramedische zorg die door de behandelend huisarts of specialist is voorgeschreven. Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

- lid 1 *Fysiotherapie/ oefen therapie/ manuele therapie*
De kosten van hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar. De hulp moet in de beroepsgroep algemeen aanvaard zijn
- lid 2 *Chiropractie*
De hulp verleend door een chiropractor. Deze hulp moet in de betreffende beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.

- lid 3 *Acupunctuur*
Acupunctuurbehandelingen uitgevoerd door een arts of fysiotherapeut, die als acupuncturist gediplomeerd is, of door een acupuncturist die is aangesloten bij een erkende beroepsvereniging.
- lid 4 *Orthoptische hulp*
Orthoptische hulp verleend door een orthoptist.
- lid 5 *Osteopathie*
De hulp verleend door een osteopaat.
- lid 6 *Haptonomie*
De kosten van consulten/behandeling door een haptonoom. Vergoed wordt tot maximaal € 25,- per behandeling/consult met een maximum van 12 behandelingen/consulten per verzekerde per kalenderjaar.
- Artikel 3 Niet-klinische psychiatrische zorg**
Vergoed wordt de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage zoals bepaald in de AWBZ voor de verstrekking niet-klinische psychiatrische zorg tot een maximum van € 410,- per behandelreeks.
- Artikel 4 Psychologische zorg**
De kosten van psychologische zorg door een psycholoog of psychotherapeut tot een maximale vergoeding van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
- Artikel 5 Farmaceutische zorg**
lid 1 De Farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een (homeopathisch) arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed:
- zelfzorggeneesmiddelen, anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap), inclusief de verschuldigde eigen bijdrage;
 - de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar. Vergoeding vindt plaats tot een maximum van € 4.540,- per verzekerde per kalenderjaar. De middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel zijn uitgezonderd;
 - de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van het Reglement Farmaceutische Zorg van de zorgverzekeraar;
 - de kosten van geregistreerde homeopathische preparaten;
 - de kosten van verbandmiddelen, die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende hulp.

lid 2 In tegenstelling tot hetgeen bepaald in het vorige lid heeft de verzekeraar de bevoegdheid te bepalen dat slechts vergoeding wordt verleend voor een door de verzekeraar aangewezen onderling vervangbaar geregistreerd geneesmiddel. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 6 Alternatieve geneeswijzen

De kosten van het consulteren van of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent. De maximale vergoeding bedraagt € 1000,- per verzekerde per kalenderjaar, inclusief de bij de behandeling behorende en door de arts geleverde middelen.

Artikel 7 Vaccinaties

50% van de kosten van de volgende vaccinaties tegen: Hepatitis A en B; DTP; Gele koorts; Typhus; Cholera; Meningococcon, wegens verblijf in het buitenland. Vergoed wordt tot een maximum van € 91,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 8 Thuiszorg

Bij ontslag uit een algemeen ziekenhuis na een opnameduur van langer dan 5 dagen bestaat voor elke verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp tot een maximum van € 205,-. De zorg wordt geleverd door thuiszorgorganisaties die zijn gecontracteerd door de verzekeraar. De zorg moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname en strekt zich uit over een periode van maximaal 2 weken. Om in aanmerking te komen voor de huishoudelijke hulp moet zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk op de dag van ontslag, een aanvraag worden gedaan bij het ONVZ ZorgServicebureau.

Nadere informatie over huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis wordt omschreven in Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Optifit.

De thuiszorg maakt onderdeel uit van de AWBZ. De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de AWBZ geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

Artikel 9 Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd zoals staat vermeld in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Voor pruiken geldt een eigen bijdrage van maximaal € 115,-. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

Artikel 10 Overige hulpmiddelen

lid 1 *Brillenglazen/Contactlenzen*

De kosten van versterkende brillenglazen en contactlenzen tot een maximum van € 500,- per 3 jaar.

- lid 2 *Bewakingsapparatuur wiegendood*
De kosten van huur c.q. in bruikleengeving van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, mits op aanvraag van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 3 *Rolstoelen/Invalidenwagens*
De kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens als het gebruik medisch noodzakelijk is. Op deze vergoeding kan geen aanspraak gemaakt worden als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 4 *Steunzolen*
De kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering dient te geschieden door een orthopedisch schoentechnicus, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici.
- lid 5 *Verpleegartikelen*
De kosten van huur van verpleegartikelen als het gebruik ervan medisch noodzakelijk is. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 6 *Wekapparaten*
De kosten van huur van plaswekker (inclusief bandages) voor een periode van drie maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal €85,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering op voorschrift van de behandelend arts.
- Artikel 11** **Bijzondere behandelingen/therapieën**
- lid 1 *Acnébehandeling*
De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e). De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts.
- lid 2 *Camouflagetherapie*
De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en van voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 3 *Elektrische epilatie of laserbehandeling*
De kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat tot maximaal € 1.500,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

- lid 4 *Lymfedrainage*
De kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem en de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 5 *Podotherapie*
De kosten van behandeling door een podotherapeut. Behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.
- lid 6 *Psoriasisdagbehandeling*
1. de kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts.
Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend;
2. de reiskosten naar het psoriasisdagbehandelingscentrum tot een maximum van € 230,- per verzekerde per kalenderjaar. Vergoeding van de reiskosten duurt, zolang de behandeling op grond van deze verzekering wordt vergoed.
Vergoeding vindt plaats op basis van tarieven openbaar vervoer, 2e klasse.
- lid 7 *Stottertherapie*
Vergoed worden de kosten van stottertherapie tot een maximum van € 350,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 8 *Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren*
De verschuldigde eigen bijdrage van € 6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.
- lid 9 *Sterilisatie*
De medische kosten verbonden aan deze ingreep. De kosten verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.
- lid 10 *Plastische chirurgie*
De kosten van de volgende behandelingen worden vergoed indien sprake is van een medische noodzaak:
1. correctie van bovenoogleden
2. correctie van de buikwand (vetschortoperatie)
3. het operatief plaatsen van borstprothesen
4. het corrigeren van standsafwijkingen van de oren voor kinderen tot 12 jaar.

lid 11

Beweegprogramma's

Vergoed worden de kosten van de door KNGF erkende beweegprogramma's gericht op genezing en herstel en voorgeschreven door de behandelend arts tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 12

Ronald McDonald- of familiehuis

Vergoed wordt € 11,- per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van € 230,- per kalenderjaar voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonald-huis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis, in geval van een ziekenhuisopname van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

Artikel 13

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 Academische Ziekenhuis Groningen vanwege een levertransplantatie. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Maximaal worden de volgende kosten vergoed:

- verblijf in het zusterhuis tot een maximum van € 25,- per dag gedurende de periode van opname van de getransplanteerde;
- de kosten van vervoer naar het zusterhuis op basis van openbaar vervoer, tweede klasse of vervoer per eigen auto tot een maximum van € 0,25 per kilometer.

Artikel 14

Ziekenvervoer

De kosten van ziekenvervoer worden vergoed voor zover sprake is van:

- een medische noodzaak en
- het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering of de aanvullende verzekering.

De volgende kosten worden vergoed:

1. de eigen bijdrage voor de verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering;
2. tot maximaal € 0,25 per gereden kilometer bij gebruik van de eigen auto;
3. taxivervoer;
4. vervoer per helikopter.

Artikel 15

Mondzorg

lid 1

Orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

lid 2

Algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar:

- verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen mag de hulp ook worden verleend door een erkend tandprotheticus);
- de bijdrage aan een jeugdtandverzorgingsdienst.

Vergoed worden deze kosten tezamen tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 16

Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed.

lid 1

Onvoorziene behandelingen:

Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste 2x het in Nederland geldende marktconforme of wettelijke bedrag.

lid 2

Voorziene behandelingen:

De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Echter, behandelingen ondergaan in België, Frankrijk of Duitsland worden vergoed tot ten hoogste 2x het in Nederland geldende marktconforme of wettelijke bedrag.

lid 3

Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

lid 4

ANWB Alarmcentrale

In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met ANWB Alarmcentrale. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met ANWB Alarmcentrale.

ANWB Alarmcentrale is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer: 31 (0)70 314 58 70.

lid 5

Repatriëring

In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat tevens dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Organisatie van repatriëring geschiedt door ANWB Alarmcentrale.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ANWB Alarmcentrale in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

lid 6

De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ANWB Alarmcentrale bepaalde gegevens te verschaffen aan de medische adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Optifit

126071

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 op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

Het ONVZ gezondheidsbulletin informeert de verzekerde over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en ontwikkelingen in de gezondheidszorg en wordt viermaal per jaar gratis aan de verzekerde toegezonden. Daarnaast kan de verzekerde via het ONVZ ZorgServicebureau:

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

Preventiecurssussen

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

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

Lidmaatschap patiëntenvereniging

Voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, vergoedt de verzekeraar eenmalig maximaal € 25,- gedurende de gehele looptijd van de verzekering. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.

Thuiszorg in natura

De huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis (zoals omschreven in de omvang dekking ONVZ Vrije Keuze Optifit) wordt geregeld door het ONVZ ZorgServicebureau, onder voorbehoud van beschikbaarheid. Voor informatie en aanmelding kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

Taxivervoer

Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen aan haar verzekerden laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Indien de verzekerde hiervan gebruik wil maken kan contact worden opgenomen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Kraamzorg

Kraamzorg in natura

Voor informatie over kraamzorg en aanmelding van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau. Indien verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt het ONVZ ZorgServicebureau, onder voorbehoud van beschikbaarheid, 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. Met vragen over het kraampakket en de aanvraag van het pakket kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

Wachttijstbemiddeling

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

Verhaalsbijstand bij letselschade door een 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 € 11.345,-. Schade als gevolg van een medische behandeling vormt geen onderdeel van deze service. Een geschillenregeling maakt tevens onderdeel uit van de voorwaarden. Een reglement met daarin alle voorwaarden 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.

Het ONVZ ZorgServicebureau is te bereiken tijdens kantooruren op het **gratis** telefoonnummer: 0800 022 14 50

ONVZ Vrije Keuze Topfit

Inhoudsopgave

Overzicht verzekerde kosten	54
Deel B Omvang dekking 113071	
Omvang dekking	56
Begrenzing dekking	56
Verloskundige zorg en kraamzorg	56
Hulpmiddelen	57
Vervoerskosten	57
Buitenland	57
Deel C Zorgdiensten 127071	
ONVZ ZorgServicebureau: van preventie tot nazorg	58
Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	58
Preventief Gezondheidsonderzoek	58
Preventiecurcussen	58
Lidmaatschap patiëntenvereniging	58
Taxivervoer	59
Kraamzorg	59
Kraamzorg in natura	
Kraampakket	
Wachttijlbemiddeling	59
Thuiszorg in natura	59
Kinderopvang	59
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	60
Kuurreizen	60
Verblijfkosten	60
Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis	
Verblijf Prinses Margriethuis	
Verblijf gezinslid bij levertransplantatie	
ANWB Alarmcentrale	61

Overzicht verzekerde kosten ONVZ Vrije Keuze Topfit

Verzekerde kosten	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	ONVZ Vrije Keuze Topfit
Ziekenhuisopname	Volledig	Zie Basisverzekering
Revalidatie	Volledig	Zie Basisverzekering
Specialistische hulp	Volledig	Zie Basisverzekering
Huisarts	Volledig	Zie Basisverzekering
Nierdialyse	Volledig	Zie Basisverzekering
Erfelijkheidsonderzoek	Volledig	Zie Basisverzekering
Weefseltypering	Volledig	Zie Basisverzekering
Audiologische hulp	Volledig	Zie Basisverzekering
Logopedie	Volledig	Zie Basisverzekering
Kaakchirurgie	Volledig	Zie Basisverzekering
Tandheelkundige hulp en orthodontie in bijzondere gevallen	Volledig	Zie Basisverzekering
Ergotherapie	Volledig (max. 10 uur)	Volledig
Privé-klinieken/Zelfstandige behandelcentra	Volledig	Zie Basisverzekering
Plastische chirurgie	Volledig bij verminkingen en geboorteafwijkingen	Volledig op medische indicatie (inclusief ooglaserbehandeling)
Orgaantransplantaties	Volledig	Zie Basisverzekering
In-vitrofertilisatie	Volledig, max. 3 behandelingen	Volledig
Beenmergonderzoek kinderen	Volledig	Zie Basisverzekering
Second opinion	Volledig	Zie Basisverzekering
Farmaceutische hulp (o.a. medicijnen)	Volledig conform regeling Farmaceutische Zorg	Volledig
Fysio-/oefentherapie, manuele therapie		
• verzekerden tot 18 jaar	Chronisch: volledig Niet chronisch: max. 18 behandelingen	Volledig
• verzekerden vanaf 18 jaar	Chronisch: volledig vanaf de 10 ^e behandeling. Niet chronisch: geen vergoeding	Volledig
Hulpmiddelen	Vergoeding volgens Reglement Hulpmiddelen	Volledig
Bevalling ziekenhuis		
• niet medisch geïndiceerd	Verloskamer volledig	Zie Basisverzekering
• medisch geïndiceerd	Volledig	Zie Basisverzekering
Kraamzorg	Volledig, aantal uren afhankelijk van indicatie	Zie Basisverzekering + kraamzorguitkering van € 455,-
Tandheelkundige hulp verzekerden tot 18 jaar	Volledig	Zie Basisverzekering
Arts fleboloog/proctoloog	Volledig	Zie Basisverzekering
Ziekenvervoer	Ambulance en taxivervoer: volledig; eigen vervoer € 0,25 per km	Vergoeding eigen bijdrage; helikopter- en taxivervoer: volledig; eigen vervoer € 0,28 per km
Alternatieve geneeswijzen	Geen vergoeding	Volledig
Buitenland		
• Voorziene behandelingen	Volledig, max. het in Nederland geldende tarief	Binnen EU/Verdragslanden max. 2x het in Nederland geldende tarief/het marktconforme tarief. Buiten EU/Verdragslanden max. het in Nederland geldende tarief/het marktconforme tarief

Verzekerde kosten	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	ONVZ Vrije Keuze Topfit
• Niet-voorzien behandelingen	Volledig, max. het in Nederland geldende tarief	Volledig tot maximaal het in het woonland geldende tarief/het marktconforme tarief
Repatriëring	Geen vergoeding	Volledig
Orthodontie	Geen vergoeding	Volledig
Orthoptie	Geen vergoeding	Volledig
Chiropractie	Geen vergoeding	Volledig
Osteopathie	Geen vergoeding	Volledig
Acupunctuur	Geen vergoeding	Volledig
Psychotherapie	Geen vergoeding	Volledig
Preventieve geneeskunde	Geen vergoeding	Volledig
Bewakingsapparatuur wiegendood	Geen vergoeding	Volledig
Wekapparaten	Geen vergoeding	Volledig
Verpleegartikelen	Geen vergoeding	Volledig
Steunzolen	Geen vergoeding	Volledig
Camouflagetherapie	Geen vergoeding	Volledig
Elektrische epilatie/laserbehandeling	Geen vergoeding	Volledig, op verwijzing
Lymfedrainage	Geen vergoeding	Volledig
Podotherapie	Geen vergoeding	Volledig
Acnébehandeling	Geen vergoeding	Volledig
Stottertherapie	Geen vergoeding	Volledig
Psoriasisdagbehandeling	Geen vergoeding	Volledig
Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren	Geen vergoeding	Volledig
Ronald McDonald of familiehuis	Geen vergoeding	Volledig
Verblijf gezinslid levertransplantatie	Geen vergoeding	Volledig
Sterilisatie	Geen vergoeding	Volledig
Psycholoog	Geen vergoeding	Volledig
Brillenglazen/contactlenzen	Geen vergoeding	Brillenglazen: volledig, max. 2 paar glazen per verzekerde per kalenderjaar Contactlenzen: volledig
Thuishulp na ontslag ziekenhuisopname	Geen vergoeding	Volledig (in aanvulling op AWBZ)
Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder	Geen vergoeding	Max. € 25,- per dag max. 60 dagen
Sportmedisch advies	Geen vergoeding	Volledig
Herstellingsoorden	Geen vergoeding	Volledig, na toestemming
Kuurreizen	Geen vergoeding	Volledig, na toestemming
Vervoerskosten bij bezoek gezinslid	Geen vergoeding	Volledig
Pedicure voor diabetici	Geen vergoeding	Volledig
Overgangsconsulent	Geen vergoeding	Volledig
ZorgServicebureau	<ul style="list-style-type: none"> • Algemene informatie over zorg en preventie • Wachtlijstbemiddeling • Regelen van zorg in natura (o.a. kraamzorg) 	<ul style="list-style-type: none"> • Algemene informatie over zorg en preventie • Wachtlijstbemiddeling • Bemiddeling bij zorg in natura (o.a. kraamzorg, thuiszorg, kinderopvang, kuurreizen) • Verhaalsbijstand • Preventiecurussen

Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.
Voor een precieze omschrijving van de dekking verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden.

Deel B Omvang dekking ONVZ Vrije Keuze Topfit

113071

Omvang dekking

De intentie van de ONVZ Vrije Keuze Topfit is om aan verzekerde alle kosten te vergoeden binnen de Nederlandse gezondheidszorg volgens officiële of marktconforme tarieven. Echter, de kosten van behandelingen of voorzieningen die naar maatschappelijke opvattingen als excessief worden aangemerkt worden niet vergoed. Kosten die niet thuishoren binnen een ziektekostenverzekering of waarvan in redelijkheid van de verzekeraar niet verlangd kan worden dat deze worden vergoed, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Begrenzing dekking

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Topfit een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

Niet voor vergoeding in aanmerking komen:

- eigen risico en no-claim onder de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering);
- tandheelkundige kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder;
- kosten van hulp en begeleiding door personen of instellingen die zich bewegen op sociaal, maatschappelijk of onderwijskundig terrein.

De kosten van plastische of reconstructieve chirurgie, laserbehandelingen van ogen en ziekenvervoer (maximaal € 0,28 per km bij gebruik van eigen auto) worden alleen vergoed als sprake is van een medische noodzaak.

De kosten van ontharing door middel van elektrische epilatie of laserbehandeling worden vergoed op verwijzing van de behandelend arts.

Verloskundige zorg en kraamzorg

Naast de vergoeding zoals bepaald is op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering geldt de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- vrouwelijke verzekerden hebben na bevalling recht op een uitkering ten behoeve van kraamzorg van € 455,-;

- bij een bevalling in een ziekenhuis in een kraaminrichting of polikliniek worden de kosten van gebruik van de polikliniek vergoed;
- daarnaast heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket (zie Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit).

Hulpmiddelen

- De kosten van hulpmiddelen en de eigen bijdragen worden vergoed, indien de hulpmiddelen zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.
- Vergoed worden de kosten van maximaal twee paar brillenglazen per verzekerde per kalenderjaar.

Vervoerskosten

De vervoerskosten bij bezoek door gezinsleden, die tevens bij de verzekeraar verzekerd zijn, worden vergoed bij opname van verzekerde in een ziekenhuis, indien de afstand van woonadres en ziekenhuis meer dan 25 km bedraagt. Vergoeding vindt plaats op basis van € 0,28 per gereden km of tweede klasse openbaar vervoer.

Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed:

Onvoorziene behandelingen

De kosten worden volledig vergoed voor zover er sprake is van een acute ziekte of een ongeval tot maximaal de in het betreffende land officieel goedgekeurde of gangbare tarieven.

Voorziene behandelingen

- Binnen een EU- of Verdragsland vindt vergoeding plaats tot ten hoogste 2x het bedrag van de kosten van het in Nederland marktconforme bedrag. De vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering maakt hier, voor zover van toepassing, onderdeel van uit. Indien dit bedrag wordt overschreden, dient vooraf toestemming te worden gevraagd aan de verzekeraar.
- Buiten een EU- of Verdragsland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Echter, betreft het woonland van verzekerde een land buiten een EU- of Verdragsland en vindt de behandeling in dat woonland plaats dan worden de kosten daarvan vergoed of ten hoogste 2x het bedrag van het in Nederland marktconforme bedrag. De vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering maakt hier, voor zover van toepassing, onderdeel van uit.

Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Vrije Keuze Topfit

127071

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 op het gratis telefoonnummer: 0800 022 14 50.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

Het ONVZ gezondheidsbulletin informeert de verzekerde over onderwerpen met betrekking tot gezondheid, ziekte, preventie en ontwikkelingen in de gezondheidszorg en wordt viermaal per jaar gratis aan de verzekerde toegezonden. Daarnaast kan de verzekerde via het ONVZ ZorgServicebureau:

- telefonisch een arts en/of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding;
- 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.

Preventiecurssussen

Het ONVZ ZorgServicebureau biedt aan verzekerden de mogelijkheid om bepaalde preventiecurssussen te volgen. Bij preventiecurssussen 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.

Lidmaatschap patiëntenvereniging

Vergoed worden de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging, die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. Vergoeding wordt verleend tegen overlegging van een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.

Taxivervoer

Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen aan haar verzekerden laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Indien de verzekerde hiervan gebruik wil maken kan contact worden opgenomen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Kraamzorg

Kraamzorg in natura

Voor informatie over kraamzorg en aanmelding van kraamzorg in natura kan verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau. Indien verzekerde kiest voor kraamzorg in natura zoals bepaald in de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, regelt het ONVZ ZorgServicebureau, onder voorbehoud van beschikbaarheid, 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.

Wachtlijstbemiddeling

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

Thuiszorg in natura

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. Deze hulp wordt geleverd door een door de verzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie, onder voorbehoud van beschikbaarheid. 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.

De thuiszorg maakt onderdeel uit van de AWBZ. De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de AWBZ geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

Kinderopvang

Bij opname in een ziekenhuis van de verzekerde ouder bestaat recht op vergoeding van de kosten van kinderopvang onder de volgende voorwaarden:

- de kinderopvang wordt verleend door een door de bevoegde gemeentelijke instantie erkende instelling;
- de vergoedingsregeling vangt aan met ingang van de vierde dag van een aaneengesloten ziekenhuisopname;
- de vergoeding bedraagt per verzekerd kind tot een leeftijd van 12 jaar maximaal € 25,- per werkdag met een maximum van 60 aaneengesloten werkdagen;
- in plaats van hier omschreven vergoeding kan onder bepaalde voorwaarden worden gekozen voor kinderopvang in natura.

Het ONVZ ZorgServicebureau regelt, met inachtneming van de onderstaande voorwaarden, de kinderopvang in natura:

- de kinderopvang wordt geregeld door een door de verzekeraar gecontracteerde organisatie;
- de gecontracteerde organisatie verplicht zich een maximale inspanning te verrichten de kinderopvang te effectueren;
- de kinderopvang dient zo spoedig mogelijk doch uiterlijk de dag voor de opname te worden aangevraagd bij het ONVZ ZorgServicebureau.

Voor meer informatie over kinderopvang kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

Verhaalsbijstand bij letselschade door een 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 € 11.345,-. Schade als gevolg van een medische behandeling vormt geen onderdeel van deze service. Een geschillenregeling maakt tevens onderdeel uit van de voorwaarden. Een reglement met daarin alle voorwaarden 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 uitsluitend na voorafgaande toestemming door de verzekeraar vergoed, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Verblijfkosten

Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis

De verzekeraar vergoedt de verschuldigde eigen bijdrage voor verblijf in een Ronald McDonaldhuis of soortgelijk logeerhuis 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 maximaal € 0,28 per gereden kilometer.

ANWB Alarmcentrale

Bij acute ziekte of ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland dient in geval van een ziekenhuisopname contact te worden opgenomen met ANWB Alarmcentrale. Deze organisatie geeft advies over geneeskundige hulp voor rekening van de verzekeraar. ANWB Alarmcentrale is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer: 31 (0)70 314 58 70.

Meldingsplicht

De verzekerde is verplicht, indien hulp van ANWB Alarmcentrale 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 ANWB Alarmcentrale 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 ANWB Alarmcentrale:

- 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 ongevallensel 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 € 11.345,-. 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.

ONVZ Tandfit

Inhoudsopgave

Overzicht verzekerde kosten	65
Deel B Omvang dekking 114071	
Tandfit A	66
Tandfit B	66
Tandfit C	67
Tandheelkundige kosten buiten het woonland	67

Overzicht verzekerde kosten ONVZ Tandfit

ONVZ Tandfit	Module A	Module B	Module C
Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar	75% tot max. € 250,- per kalenderjaar	Volledig (incl. techniekkosten) tot max. € 500,- per kalenderjaar	Volledig (incl. techniekkosten) tot max. € 1.500,- per kalenderjaar

Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.
Voor een precieze omschrijving van de dekking verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden.

Deel B Omvang dekking ONVZ Tandfit

114071

De verzekeraar vergoedt de kosten van behandeling zoals hieronder omschreven. Op het polisblad is vermeld welke dekking (Tandfit) van toepassing is. De kosten worden vergoed volgens officieel goedgekeurde en marktconforme tarieven.

Tandfit A

De gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts. Vergoed wordt 75% van deze kosten tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Tandfit B

Artikel 1

De gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 2

Wanneer sprake is van een ongeval zijn naast de in artikel 1 gedekte kosten bovendien nog verzekerd de extra tandarts- en techniekkosten inclusief de eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen tot een maximum van € 455,- per verzekerde. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:

- de noodzaak van de behandeling is het rechtstreekse gevolg is van het ongeval;
- het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden binnen de looptijd van de verzekering;
- het ongeval en de behandeling moeten binnen een maand zijn gemeld;
- de kosten moeten zijn gemaakt binnen een jaar na het ongeval;
- na voorafgaande goedkeuring van de verzekeraar.

Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.

Tandfit C

Artikel 1 De gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts tot maximaal € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 2 Dezelfde dekking zoals omschreven onder Tandfit B artikel 2.

Tandheelkundige kosten buiten het woonland

Artikel 1 Voor de kosten van tandheelkundige hulp gemaakt buiten het woonland zal vergoeding per consult of behandeling plaatsvinden tot ten hoogste 2x het bedrag van de kosten van een overeenkomstige behandeling in Nederland tot het in de Tandfit A, B en C genoemde maximale bedrag.

Artikel 2 Gedeclearde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

ONVZ ZorgConsulent

Inhoudsopgave

Overzicht verzekerde kosten	71
Deel B Omvang dekking 118071	
Artikel 1 De ONVZ ZorgConsulent	72
Artikel 2 Second opinion van ervaren specialisten	72
Artikel 3 Gezond zijn en blijven	73
Aansprakelijkheid	73

Overzicht verzekerde kosten ONVZ ZorgConsulent

ONVZ ZorgConsulent

- Persoonlijke begeleiding door de ZorgConsulent naar kwalitatieve zorg bij een ziekenhuisopname
 - Uitgebreide (schriftelijke) informatie op maat over behandelmethodes en ziektes
 - Second opinion via speciaal netwerk van ervaren medisch specialisten
 - Gratis speciale medische check-up of sportkeuring eenmaal per jaar
 - Direct contact met een diëtiste of (sport)arts voor leefstijladviezen (o.a. voeding en beweging)
 - Informatiepakketten over gezond leven, bewegen en voeding
 - Leefstijlvenementen Gezond leven 4 maal per jaar met wisselende dagprogramma's (o.a. gezonde voeding, een beweegdag)
-

Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

Voor een precieze omschrijving van de dekking verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden.

Deel B Omvang dekking ONVZ ZorgConsulent 118071

De ONVZ ZorgConsulent ondersteunt verzekerde met informatie over behandelmethodes en het regelen van zorg binnen Nederland bij zowel ziekte als gezondheid.

De ONVZ ZorgConsulent is telefonisch bereikbaar op werkdagen van 9.00 – 17.00 uur op het gratis telefoonnummer: 0800 668 96 60.

De dekking van de ONVZ ZorgConsulent is beschreven in de volgende artikelen:

Artikel 1

De ONVZ ZorgConsulent

De ONVZ ZorgConsulent informeert u over behandelingen in een ziekenhuis en regelt zaken die daarmee verband houden:

- lid 1 De ONVZ ZorgConsulent werkt samen met een door ONVZ gecontracteerd netwerk van geselecteerde specialisten. Op verzoek van verzekerde verstrekt de ONVZ ZorgConsulent informatie over behandelingen door medische dienstverleners en instellingen. De informatie verkrijgt verzekerde op schrift en omvat onder andere de mogelijke behandelmethodes, behandellocaties en/of behandelend specialisten. Deze informatie kan verzekerde bespreken met zijn (huis)arts of behandelend specialist.
- lid 2 Op verzoek van verzekerde licht de ONVZ ZorgConsulent de verschillende alternatieven mondeling aan hem toe.
- lid 3 Op verzoek van verzekerde bemiddelt de ONVZ ZorgConsulent bij het arrangeren van een (dag)behandeling, zelfstandig behandelcentrum of zorghotelfunctie.
- lid 4 Op verzoek van verzekerde bemiddelt de ONVZ ZorgConsulent bij het arrangeren van thuiszorg of kinderopvang.

Artikel 2

Second opinion van ervaren specialisten

ONVZ heeft een landelijk netwerk van zorgvuldig geselecteerde medische specialisten gecontracteerd.

Via de ONVZ ZorgConsulent kan verzekerde een beroep doen op een (second) opinion bij één van deze specialisten. Per specialisme kan de ONVZ ZorgConsulent één of meer specialisten voorstellen.

Artikel 3

Gezond zijn en blijven

De ONVZ ZorgConsulent is aanspreekpunt voor vragen met betrekking tot gezondheid en preventie.

- lid 1 Op aanvraag en op basis van beschikbaarheid zendt de ONVZ ZorgConsulent verzekerde informatiepakketten over gezond leven, bewegen en voeding toe.
- lid 2 Verzekerde kan via de ONVZ ZorgConsulent terecht bij een diëtiste of (sport)arts voor telefonische adviezen.
- lid 3 De ONVZ ZorgConsulent regelt en vergoedt op verzoek van verzekerde een jaarlijkse gezondheid check up. Deze bestaat uit: medische vragenlijst, BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie, bloeddrukmeting, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en houdings- en bewegingsapparaat.
- Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheid check up kan verzekerde kiezen voor een sport/beweegkeuring. Deze keuring bestaat uit: medische vragenlijst, BMI, vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat.
- Aanmelding van de gezondheid check up dient te geschieden via de ONVZ ZorgConsulent
- lid 4 De ONVZ ZorgConsulent organiseert een aantal keer per jaar een Lifestyle evenement 'Gezond Leven' waar verzekerde zonder kosten toegang toe heeft. Het betreft jaarlijks wisselende dagprogramma's. De dagen worden op een centraal punt in Nederland gehouden. Programma's betreffen o.a.:
- een Beweegdag in de vorm van interactieve stands, waarbij verzekerde testen kan doen, informatie en voorlichting verkrijgt;
 - een Kookdag waarbij gezonde voeding en gezond en lekker koken centraal staat;
 - een Themadag 'Voeding, bewegen en ontspannen'.

Aansprakelijkheid

De ONVZ ZorgConsulent zal de uitvoering van zijn werkzaamheden naar beste inzicht en vermogen uitvoeren. De ONVZ ZorgConsulent is geen zorgverlener als bedoeld in artikel 7: 446 e.v. Burgerlijk Wetboek. Dit betekent dat de ONVZ ZorgConsulent zelf geen diagnose stelt, geen medische handelingen verricht, geen behandelplannen maakt dan wel anderszins medische adviezen verstrekt. Zowel ONVZ als de ONVZ ZorgConsulent aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook.

ONVZ Privé Zorgpakket

Inhoudsopgave

Overzicht verzekerde kosten	77
Deel B Omvang dekking 149071	
Artikel 1 Privé Kamer	78
Artikel 2 Zorg Luxe	79
Artikel 3 Zorg Assistent	79
Artikel 4 Privé Zorg Totaal	80
Artikel 5 Buitenland	80
Artikel 6 Diensten	80

Overzicht verzekerde kosten ONVZ Privé Zorgpakket

ONVZ Privé Zorgpakket

- Een Privé Kamer bij ziekenhuisverblijf
 - Mogelijkheid tot uitbreiding met Zorg Luxe; o.a. internetaansluiting, luxe maaltijden, krant en eigen koelkast gevuld met frisdrank
 - Mogelijkheid tot uitbreiding met de Zorg Assistent die u ondersteunt bij al uw zaken rondom uw ziekenhuisverblijf
-

Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

Voor een precieze omschrijving van de dekking verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden.

Deel B Omvang dekking ONVZ Privé Zorgpakket

149071

Deel B (omvang dekking) bevat de omschrijving van alle te verzekeren onderdelen van het ONVZ Privé Zorgpakket.

Op het polisblad wordt aangegeven welk onderdeel is afgesloten.

De verzekeraar vergoedt de kosten van de in artikel 1 tot en met 4 beschreven dekking tegen het overeengekomen tarief tussen verzekeraar en ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum. In afwezigheid van een overeengekomen tarief vergoedt verzekeraar in Nederland ten hoogste het in Nederland goedgekeurde of geldende marktconforme tarief en in het buitenland tot ten hoogste 2x het in Nederland goedgekeurde of geldende marktconforme tarief.

Artikel 1

lid 1

Privé Kamer

Bij een ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland dat een garantieovereenkomst met verzekeraar heeft afgesloten, bestaat dekking voor opname in een éénpersoonskamer indien:

- a. er een medische noodzaak voor de opname is in verband met specialistisch onderzoek of behandeling.
- b. het één van de volgende specialismen betreft: chirurgie, gynaecologie, kno, kaakchirurgie, orthopedie, oogheelkunde, urologie en plastische chirurgie;
- c. het een voorziene opname betreft en de aanvraag geschiedt via het Zorg-Servicebureau (zie artikel 6).

Informatie over ziekenhuizen waarmee verzekeraar garantieovereenkomsten heeft afgesloten, is terug te vinden op de internetsite van verzekeraar, www.onvz.nl.

lid 2

Bij opname in een ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland waar verzekeraar geen garantieovereenkomst mee heeft afgesloten, bestaat dekking voor de extra kosten van opname in een éénpersoonskamer (naast de te verzekeren reguliere opname- en behandelingskosten) indien de faciliteit voor het betreffende specialisme aanwezig is. Aan de opname dient een medische noodzaak in verband met specialistisch onderzoek of behandeling ten grondslag te liggen.

lid 3

Voorts bestaat dekking voor de extra kosten van door de verzekeraar aangegeven specifieke arrangementen (naast de te verzekeren reguliere opname- en behandelingskosten). Een overzicht van deze specifieke arrangementen is terug te vinden op de internetsite van verzekeraar, www.onvz.nl.

lid 4 Indien in een ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland een éénpersoonskamer voor het betreffende specialisme, zoals bedoeld in artikel 1.1.b of artikel 1.2, aanwezig is maar niet bij opname van verzekerde beschikbaar, heeft verzekerde recht op een vergoeding van € 75,- per opnamedag.

Artikel 2 **Zorg Luxe**

Zorg Luxe omvat de Privé Kamer (artikel 1) en de vergoeding van een luxe pakket van een ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland.

lid 1 De invulling van het luxe pakket is afhankelijk van wat het betreffende ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland aanbiedt en kan bestaan uit:

- telefoneren binnen Nederland (alleen bij gebruik van het toestel dat op de kamer aanwezig is);
- koelkast gevuld met diverse dranken;
- krant of tijdschrift;
- koffie en thee voor bezoek;
- luxe maaltijden of een extra verstrekking;
- gebruikmaking van televisie en internetaansluiting.

lid 2 Indien het pakket niet beschikbaar is tijdens opname in een ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland, heeft verzekerde recht op een vergoeding van € 5,- per opnamedag.

Artikel 3 **Zorg Assistent**

Zorg Assistent omvat de Privé Kamer (artikel 1) en de dienstverlening door een Zorg Assistent, evenals de vergoeding van de kosten van vervoer.

lid 1 Bij een voorziene opname in een ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland:

- a. neemt de Zorg Assistent vooraf contact op met de verzekerde voor een intake;
- b. regelt de Zorg Assistent desgewenst het vervoer naar het ziekenhuis;
- c. is de Zorg Assistent bij opname in het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum aanwezig en maakt de verzekerde wegwijs;
- d. beantwoordt de Zorg Assistent zorgvragen;
- e. kan de Zorg Assistent, desgewenst, telefonisch contact houden met de verzekerde, overleggen met de (medische) staf, de verzekerde bezoeken, bemiddelen in de thuiszorg, kinderopvang en/of hulpmiddelen. De kosten van de thuiszorg, kinderopvang en/of hulpmiddelen vallen niet onder de dekking;
- f. begeleidt de Zorg Assistent de verzekerde bij ontslag;
- g. regelt de Zorg Assistent desgewenst het vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum.

lid 2 Bij een onvoorziene opname in een ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland heeft verzekerde recht op hulp verleend door een Zorg Assistent zoals genoemd in artikel 3.1, met uitzondering van lid a t/m lid c.

lid 3 De kosten van vervoer van verzekerde van en naar een ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland:

- a. bij gebruik van de eigen auto tot maximaal € 0,28 per gereden kilometer;
- b. bij taxivervoer volledig, indien gebruik wordt gemaakt van een door de verzekeraar gecontracteerd taxibedrijf (zie artikel 6).

Het vervoer dient plaats te vinden ten behoeve van een opname waarvoor dekking bestaat op grond van de in artikel 1 (Privé Kamer) beschreven dekking. Indien de kosten van vervoer (deels) vanuit een andere bij (zorg)verzekeraar lopende (aanvullende) (zorg)verzekering worden vergoed, zal slechts aanvullende vergoeding vanuit deze verzekering plaatsvinden voor zover de in dit artikel omschreven dekking nog niet volledig ter beschikking is gekomen uit de elders lopende (aanvullende) (zorg)verzekering.

Artikel 4

Privé Zorg Totaal

Privé Zorg Totaal omvat de in artikel 1 t/m 3 beschreven dekking.

Artikel 5

Buitenland

lid 1

In Nederland woonachtige verzekerden kunnen desgewenst kiezen voor opname in een ziekenhuis in België, Duitsland of Frankrijk. Bij opname in ziekenhuizen in deze landen bestaat dekking voor de extra kosten van opname in een éénpersoonskamer (naast de te verzekeren reguliere opname- en behandelingskosten) indien de faciliteit voor het betreffende specialisme aanwezig is. Aan de opname dient een medische noodzaak in verband met specialistisch onderzoek of behandeling ten grondslag te liggen. Het ONVZ ZorgServicebureau kan bij deze opnames niet bemiddelen. Verzekerde dient aan verzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de éénpersoonskamer te overleggen.

lid 2

Voor in het buitenland woonachtige verzekerden geldt dat bij opname in ziekenhuizen in enig land dekking voor de extra kosten van opname in een éénpersoonskamer (naast de te verzekeren reguliere opname- en behandelingskosten) indien de faciliteit voor het betreffende specialisme aanwezig is. Aan de opname dient een medische noodzaak in verband met specialistisch onderzoek of behandeling ten grondslag te liggen. Het ONVZ ZorgServicebureau kan bij deze opnames niet bemiddelen. Verzekerde dient aan verzekeraar een gespecificeerde nota van de extra kosten van de éénpersoonskamer te overleggen. Indien de opname in een ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum in Nederland plaatsvindt, bestaat tevens recht op de in artikel 1 lid 1 omschreven dekking.

Artikel 6

Diensten

Bij vragen over of het regelen van de Privé Kamer of de Zorg Assistent moet verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

Het ONVZ ZorgServicebureau is te bereiken tijdens kantooruren op het **gratis** telefoonnummer: 0800 022 14 50

Voor het aanvragen van taxivervoer, voor zover niet geregeld door de Zorg Assistent, kan verzekerde contact opnemen met het taxibedrijf Transvision. Transvision is te bereiken op het telefoonnummer: 0900 333 33 30

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

Inhoudsopgave

Deel B Omvang dekking ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering 100071

Artikel 1	Restitutiebasis	84
Artikel 2	No-claimteruggave	84
Artikel 3	Eigen risico	85
Artikel 4	Hulp door een huisarts	86
Artikel 5	Medisch-specialistische zorg	86
Artikel 6	Verloskundige zorg en kraamzorg	88
Artikel 7	Revalidatie	90
Artikel 8	Orgaantransplantaties	90
Artikel 9	Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse	91
Artikel 10	Mechanische beademing	91
Artikel 11	Oncologische aandoening bij kinderen	92
Artikel 12	Trombosedienst	92
Artikel 13	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	92
Artikel 14	Audiologische zorg	92
Artikel 15	Paramedische zorg	93
Artikel 16	Mondzorg	93
Artikel 17	Farmaceutische zorg	96
Artikel 18	Hulpmiddelenzorg	97
Artikel 19	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	98
Artikel 20	Buitenland	100
Artikel 21	Algemeen	101
	No-claimteruggave	102
	Overzicht eigen bijdragen en andere voorkomende bedragen	102

Deel C Omvang Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering 124071

Van preventie tot nazorg	103
Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	103
Taxivervoer	103
Kraamzorg in natura	103
Wachtlijstbemiddeling	104
Bijstand ANWB Alarmcentrale	104

Deel B Omvang dekking

ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

100071

Artikel 1

Restitutiebasis

lid 1

De zorgverzekering omvat aanspraak op vergoeding van kosten en vrijheid van keuze van zorgverlener van de zorg en overige diensten die naar inhoud en omvang in dit deel zijn omschreven. Betreffende zorg in het buitenland is van toepassing artikel 20.

lid 2

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

1. het op het moment van behandeling op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief;
2. indien geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag;
3. bij een contract tussen zorgverlener en zorgverzekeraar echter conform hetgeen is overeengekomen.

lid 3

Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd heeft de verzekerde – na melding hiervan aan de zorgverzekeraar – aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

Artikel 2

No-claimteruggave

lid 1

Indien gedurende een kalenderjaar de waarde van de op basis van deze zorgpolis verzekerde zorg minder bedraagt dan het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op betaling van een bedrag, de zogenaamde no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen voormeld bedrag en de waarde van de hierboven genoemde en ontvangen zorg (zie eigen bijdragen tabel ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering).

Op de no-claimteruggave zijn niet van toepassing:

1. de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende zorgverlener of instelling gerechtigd is het daartoe door het Nederlandse Zorg autoriteit (Nza) vastgestelde tarief in rekening te brengen;
2. de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.

- lid 2 Verzekerden die op 31 december van het in het eerste lid bedoelde kalenderjaar jonger dan achttien jaar zijn, komen niet in aanmerking voor no-claimteruggave.
- lid 3 Voor de toepassing van deze regeling is de situatie op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling van het recht op no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat voor het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door de zorgverzekeraar vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer.
- lid 4 Voor de bepaling van de hoogte van het bedrag op no-claimteruggave is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, of indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt de no-claimteruggave als volgt berekend. Het terug te geven bedrag wordt dan bepaald naar rato van het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep dan wel (indien de verzekerde achttien jaar werd) premie verschuldigd was en het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 5 Indien het voorgaande van toepassing is wordt de no-claimteruggave berekend door van het bedrag dat op basis van het voorgaande lid berekend is, af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop de premie verschuldigd werd.
- lid 6 Voor de vaststelling van de no-claimteruggave wordt een DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

Artikel 3

Eigen risico

- lid 1 Het eigen risico is vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt.
- lid 2 De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten een eigen risico. Onder de kosten van inschrijving wordt verstaan:

1. een bedrag terzake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
2. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar en zijn de huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens bedoelde overeenkomst bij de inschrijving in rekening mag brengen.

lid 3 In de gevallen waarin, op grond van één van de volgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het eigen risico.

lid 4 Kosten van zorg die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claimteruggave, bedoeld in artikel 2, en worden daarna in de eventuele berekening van het eigen risico betrokken.

lid 5 Indien de zorgverzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt het eigen risico bepaald naar rato van het aantal dagen waarover de verzekering liep en het aantal dagen in het kalenderjaar.

lid 6 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het eigen risico-bedrag op de volgende wijze berekend:

1. ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
2. de op grond van onder 1. berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld, en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
3. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.

lid 7 Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

Artikel 4 Hulp door een huisarts

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

Artikel 5 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of bedrijfsarts, behoudens voor onvoorziene behandelingen. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens

zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2

a. *Ziekenhuisopname*

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. In afwijking daarvan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

b. *Niet-klinische medisch-specialistische zorg*

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een zelfstandig behandelcentrum. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. *Behandelingen van plastisch-chirurgische aard*

Op vergoeding van kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat aanspraak indien een en ander strekt ter correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepletten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van

- bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. uiterlijke geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

lid 3

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

1. behandeling –daaronder begrepen de kosten van farmaceutische zorg-gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de eerste, tweede en derde invitrofertilisatie-poging per te realiseren zwangerschap;
2. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
3. liposuctie van de buik;
4. het operatief plaatsen van borstprothese anders dan status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
5. het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van borstprothese anders dan status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
6. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
7. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
8. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
9. behandelingen gericht op de circumcisie van een mannelijke verzekerde (besnijdenis).

Artikel 6

Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige of een huisarts, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden of kraamverzorgende, zelfstandig werkend of verbonden aan een kraambureau, die zowel moeder en kind en – voor zover van toepassing – de huishouding verzorgt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

- a. *Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak*
Indien verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis als bedoeld in artikel 5, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.
- b. *Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak en in een kraamcentrum*
Indien de bevalling of het kraambed in een ziekenhuis plaatsvindt zonder

medische noodzaak, of in een kraamcentrum bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige hulp en kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind is vermeld op de eigen bijdragen tabel. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het eveneens op deze tabel vermelde bedrag. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

- c. *Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis*
Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per opnamedag. Deze eigen bijdrage wordt vermeerderd met het eveneens op deze tabel vermelde bedrag. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak de vergoeding van kosten van kraamzorg zoals omschreven in lid d sub 3, waarbij geldt dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid d sub 3 genoemde termijn van ten hoogste tien dagen.

- d. *Bevalling en kraambed thuis*
Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor:
1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;
 2. de inschrijving, intake en partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
 3. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende, van ten minste en tot maximaal het op de eigen bijdragen tabel vermelde aantal uren, verdeeld over ten hoogste het aldaar vermelde aantal dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met de verzekeraar.
- Op de vergoeding onder sub 3. blijft het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per uur zorg voor rekening van de verzekerde.
- e. In plaats van vergoeding van kosten kan, onder voorbehoud van beschikbaarheid, gekozen worden voor kraamzorg in natura. De aanvraagprocedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 7

Revalidatie

- a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie indien:
 1. deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag en,
 2. de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
- b. Revalidatie kan plaatsvinden:
 1. in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
 2. in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).
- c. Voor de onder a. en b. bedoelde revalidatie bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding van kosten indien door de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij de zorgverzekeraar is gevraagd en verkregen voor opname en/of behandeling. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

Artikel 8

Organtransplantaties

- a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nierpancreas. Onder de aanspraak op vergoeding van kosten vallen tevens de vergoeding van kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.
- b. De donor heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg waarop ingevolge deel B van deze polis aanspraak op bestaat gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest en uitsluitend indien de verleende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op de vergoeding van kosten voor vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – indien medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin.

Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

Aanspraak op de vergoeding van kosten ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de zorgverzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

Artikel 9

Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg verleend ten huize van de verzekerde, al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoren tevens:

1. de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
2. de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparaat met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen benodigd voor het verrichten van de dialyse
3. de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
4. de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
5. de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Artikel 10

Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor de verzekerde op noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg in een beademingscentrum. Indien de beademing plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

1. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
2. de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Artikel 11

Oncologische aandoeningen bij kinderen

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Artikel 12

Trombosedienst

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts. Deze zorg omvat:

1. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
2. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
3. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
4. het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de in lid 3. aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
5. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Artikel 13

Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Artikel 14

Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

1. onderzoek naar de gehoorfunctie,
2. advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur,
3. voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
4. psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie,
5. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar, op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Artikel 15

Paramedische zorg

- lid 1 De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.
- lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie omvat de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekken-therapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een indicatiestelling en in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage is verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt deze regeling vanaf de tiende behandeling.
- lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat tevens maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar indien sprake is van een ontoereikend resultaat.
- lid 4 Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal tien behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.
- lid 5 Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, tandarts of orthopedagoog, door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect of anderstaligheid.
- lid 6 Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist met een medisch doel, op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of tandarts gedurende maximaal vier behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 16

Mondzorg

- lid 1 Mondzorg omvat vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten plegen te bieden, waarbij geldt dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan voor, zover daarvoor dekking bestaat, worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, of mondhygiënist:
1. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die

- zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;
2. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 3. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

- lid 2 Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is slechts onder de zorg in het eerste lid onder 1. begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- lid 3 Orthodontische hulp is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
- lid 4 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen 1 tot en met 3:
1. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 2. incidenteel tandheelkundig consult;
 3. het verwijderen van tandsteen,
 4. fluoridenapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 5. sealing;
 6. parodontale hulp;
 7. anesthesie;
 8. endodontische hulp;
 9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 10. gnathologische hulp;
 11. uitneembare prothetische voorzieningen;
 12. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 13. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
 14. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

- lid 5 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen 1 tot en met 3 voor:
1. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
 2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
- lid 6 De verzekerde van 18 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder 1, of de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder 2 tot gelding brengt, is een bijdrage verschuldigd indien het betreft het volgende. Preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen of uitneembare prothetische voorzieningen. Bedoelde bijdrage is gelijk aan het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien bedoelde prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. Dit geldt niet voor een uitneembare volledige prothetische voorziening.
- lid 7 De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag.
- lid 8 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg ter plaatse waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent) is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist vereist.
- lid 9 De verzekerde tot 18 jaar heeft buiten de reguliere praktijkuren slechts aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.
- lid 10 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onder 1 tot en met 3 en het vierde lid onder 12 is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij de aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een behandelplan gevoegd. De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- lid 11 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg in geval van behandeling door een tandartsspecialist mondziekten en kaakchirurg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, indien de zorg parodontale hulp, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.

lid 12 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg als bedoeld in het eerste, het tweede, het derde, het vierde en vijfde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

lid 13 Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.

Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) goedgekeurde tarief in aanmerking.

Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen.

Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per onder- c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige vervangingsprothese niet binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen.

Artikel 17

Farmaceutische zorg

lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van aflevering van:

1. de door de zorgverzekeraar op basis van Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Een en ander is nader uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar die onderdeel uitmaakt van deze verzekering. Dit Reglement is verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar;
2. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;
3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

lid 2 De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.

Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

- lid 3 Tenzij de verzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder dienen de onder de lid 1 genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.
- lid 4 De onder lid 1 sub 2 genoemde aanspraak op de vergoeding van kosten is, voor wat betreft geneesmiddelen als bedoeld in artikelen 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten die in Nederland mogen worden afgeleverd, beperkt tot een verzekerde die lijdt aan een ziekte die in Nederland minder vaak voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Tevens geldt de onder lid 1 sub 2 genoemde aanspraak op vergoeding van kosten niet voor geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel.
- lid 5 De kosten van dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking voor een verzekerde:
1. die lijdt aan een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis, of
 2. met een dreigende ernstige ondervoeding en die lijdt aan chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstige congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft.
- lid 6 In het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid voor de aflevering van geneesmiddelen.

Artikel 18

Hulpmiddelenzorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen. De omvang van de aanspraak op de vergoeding van kosten wordt bepaald door de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen) en het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. In het Reglement Hulpmiddelen zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten, opgenomen. Dit reglement is verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar.
- lid 2 Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist. Daarbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

- lid 3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- lid 4 Vergoeding van de kosten van hulpmiddelen wordt alleen verleend indien de betreffende hulpmiddelen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- lid 5 Aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
- lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de vergoeding. Evenmin valt onder de aanspraak de vergoeding van kosten van die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.
- lid 7 In afwijking van het in lid 1 bepaalde worden de in het Reglement Hulpmiddelen aangeduide hulpmiddelen alleen in bruikleen verstrekt.
- lid 8 Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de restitutie achteraf van de gemaakte kosten na aanschaf van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die door de zorgverzekeraar in de betreffende Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen.

Artikel 19 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

- lid 1 Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.
- lid 2 Aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, door een ambulancevervoerder, doch uitsluitend indien ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.
- lid 3 De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat het vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten, met inachtneming van een eventueel eigen risico, geheel of gedeeltelijk, ten laste van de verzekering komen. Voorts omvat de aanspraak de kosten van het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde, geheel of gedeeltelijk, ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven.

De aanspraak op de vergoeding van kosten behelst verder het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde, geheel of gedeeltelijk, ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die, geheel of gedeeltelijk, ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.

De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat tevens het vervoer van genoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de betreffende verzorging kan krijgen.

lid 4 Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

lid 5 Mits vooraf toestemming is verkregen, bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in artikel lid 3 van dit artikel, per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, per taxivervoerder of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de volgende situaties:

1. de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
2. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
3. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten ten laste van deze verzekering komen;
4. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten ten laste van deze verzekering komen.

De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

Indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

lid 6 Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde zou leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld van een verklaring van de behandelend arts.

lid 7 Indien zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.

- lid 8 Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.
- lid 9 Voor zittend ziekenvervoer komt het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is het eveneens op genoemde tabel vermelde bedrag per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.
- lid 10 In plaats van vergoeding van kosten kan betreffende taxivervoer ervoor gekozen worden dit te laten regelen door een door de zorgverzekeraar gecontracteerd taxi-bedrijf. De aanvraagprocedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 20

Buitenland

- lid 1 De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 1 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
- lid 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland heeft naar keuze:
1. aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag;
 2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:
 - tot maximaal het op het moment van behandeling op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- lid 3 De verzekerde die woont in of verblijft een land dat geen EU-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:
1. tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
 2. indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- lid 4 Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.
- lid 5 In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval kan de verzekerde contact opnemen met de ANWB Alarmcentrale voor het regelen van de zorg waarvoor de zorgverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 21

Algemeen

lid 1

In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering indien vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt en de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

lid 2

Indien op grond van de bepalingen in deze zorgverzekering recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten geldt dat slechts indien zorg is genoten tijdens de periode waarin deze zorgverzekering van kracht is.

lid 3

Bij verzekering krachtens de Zorgverzekeringswet bestaat aanspraak op grond van de AWBZ.

Overzicht eigen bijdragen en andere voorkomende bedragen

100b071

No-claimteruggave

Het bedrag van de no-claimteruggave als bedoeld in deel B Omvang dekking ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, artikel 2 van de polisvoorwaarden is € 255,-.

Eigen bijdragen en andere voorkomende bedragen

Artikel 6

onder b:

De eigen bijdrage bedraagt € 14,50 te vermeerderen met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of het kraamcentrum de € 102,- per dag te boven gaat.

onder c:

De eigen bijdrage bedraagt € 14,50 te vermeerderen met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum de € 102,- per dag te boven gaat.

onder d sub 3:

Het aantal uren is tenminste 24 en maximaal 80. Het bedoelde aantal dagen is 10. Het bedoelde bedrag is € 3,60.

Artikel 16

lid 7

De bijdrage bedraagt € 90,-.

lid 13

Het betreffende bedrag voor de totale kosten van prothetische voorzieningen geplaatst door een tandarts bedraagt per onder- c.q. bovenkaak € 600,-.

Het betreffende bedrag voor prothetische voorzieningen geplaatst door een tandprotheticus bedraagt per onder- c.q. bovenkaak € 450,-.

Artikel 19

lid 9

De betreffende bedragen zijn € 85,- per kalenderjaar respectievelijk € 0,25 per kilometer.

Deel C Omvang Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering 124071

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. Verzekerden kunnen bij ONVZ terecht voor bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, hulp in natura en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg.

Verzekerden van ONVZ kunnen voor informatie en het aanvragen van onderstaande zorgdiensten contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau, op het gratis telefoonnummer: 0800 022 14 50.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

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

Daarnaast kunnen verzekerden via het ONVZ ZorgServicebureau:

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

Taxivervoer

Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen aan verzekerden laat ONVZ een taxibedrijf desgewenst het taxivervoer voor verzekerden regelen. Indien verzekerden hiervan gebruik wil maken kan contact worden opgenomen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Kraamzorg in natura

Voor informatie over de kraamzorg en aanmelding van kraamzorg in natura, zoals beschreven in deel B (Omvang dekking ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering), kunnen verzekerden contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau. Indien verzekerden een keuze maken voor kraamzorg in natura regelt ONVZ, onder voorbehoud van beschikbaarheid, deze bij een erkende, door ONVZ gecontracteerde kraamzorgorganisatie. De kraamzorg dient tenminste vier maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum te worden aangevraagd.

Wachttijlbemiddeling

Op verzoek van verzekerden en indien medisch geïndiceerd, onderneemt het ONVZ ZorgServicebureau bemiddelende activiteiten om de wachttijd te verkorten.

Bijstand ANWB Alarmcentrale

Indien een beroep wordt gedaan op de ANWB Alarmcentrale dient het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgegeven te worden. Voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. De ANWB Alarmcentrale is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer: 31 (0)70 314 58 70.

Algemene bepalingen ONVZ Zorgverzekeraar

Inhoudsopgave

Deel A: Algemene bepalingen 98071

Artikel 1	Begripsomschrijvingen	108
Artikel 2	Grondslag van de (aanvullende) zorgverzekering	113
Artikel 3	Verplichtingen van de verzekerde	114
Overige bepalingen		
Artikel 4	Verzwijging/Fraude	115
Artikel 5	Onrechtmatige inschrijving	115
Artikel 6	Betaling en schorsing	115
Artikel 7	Kennisgeving relevante gebeurtenissen	116
Artikel 8	Herziening van premie of voorwaarden	117
Artikel 9	Begin en einde van de (aanvullende) (zorg)verzekering	117
Artikel 10	Geschillen	119
Artikel 11	Registratie van persoonsgegevens	119
Artikel 12	Uitsluitingen	120
Artikel 13	Lidmaatschap Vereniging ONVZ	121
Artikel 14	Materieel controleren	121

Deel A

Algemene bepalingen

ONVZ Zorgverzekeraar 98071

Artikel 1

Begripsomschrijvingen

(Zorg)verzekeraar

Zorgverzekeraar: ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., uitvoerder van de zorgverzekering (ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering).

Verzekeraar: ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., uitvoerder van de aanvullende verzekering. Beide maatschappijen zijn gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

Bekkentherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee door de (zorg)verzekeraar gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de (zorg)verzekeraar vastgestelde reglement.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan de door de Regeling zorgverzekering aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de (zorg)verzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

In-vitrofertilisatiepoging

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- het afnemen van de eicellen;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Kraamcentrum

Een instelling, conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de (zorg)verzekeraar als zodanig erkende instelling.

Logopedist

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Medisch adviseur

De arts die de (zorg)verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch-specialist

Een arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit “opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist”.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

Onvoorzienne behandeling in het buitenland

Acute medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland

Opname

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

Orthodontist

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit “opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus”.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragslanden

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders dan lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op de (zorg)polis, polisaanhangsel of verzekeringspas is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de (zorg)verzekeraar is aangegaan.

Voorziene behandeling in het buitenland

Medisch niet-acute zorg in het buitenland

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Zelfstandig behandelcentrum

Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgverzekering

De ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering

Uitsluitend voor de aanvullende verzekering is tevens het volgende van toepassing:

Aanvullende verzekering

Alle verzekeringen behoudens de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering.

Arts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Behandelaar

Een zorgverlener die ingeschreven staat in het register van een erkende beroepsvereniging. Een opgave van de door de verzekeraar erkende beroepsverenigingen is bij hem verkrijgbaar. De hulp die wordt verleend, dient in de beroepsgroep als gebruikelijk te worden aanvaard en dient te worden berekend volgens de officiële dan wel gangbare tarieven.

Eerstelijnspsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die zich bij de beroepsuitoefening heeft toegelegd op het werken in de eerstelijnszorg.

Haptonoom

Een arts of therapeut die als haptonoom erkend is door de betreffende beroepsgroep.

Medische noodzaak

De situatie waarbij aanspraak op zorg bestaat voor zover de verzekerde gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. Bij twijfel over de medische noodzaak wordt het oordeel gevraagd van de medisch adviseur van de verzekeraar.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten zijn wil, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel is veroorzaakt.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

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 medische behandeling.

Artikel 2

Grondslag van de (aanvullende) (zorg)verzekering

lid 1

De zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. Verzekeringnemer verklaart dat dit formulier de door of namens hem verstrekte antwoorden bevat. De zorgverzekering is vastgelegd in de zorgpolis, bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet, en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.

lid 2

Als grondslag voor de aanvullende verzekering geldt:

1. het aanvraagformulier, met de door de verzekeringnemer of de verzekerde al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, en
2. eventuele gegevens die door de verzekeringnemer of de verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt, alsmede indien de verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve overeenkomst, de collectieve verzekeringsovereenkomst. Zij maken deel uit van de onderhavige verzekeringsovereenkomst.

lid 3

De (zorg)verzekeraar verstrekt de (zorg)polis als bewijs van de (aanvullende) (zorg)verzekering. Als bewijs van de zorgverzekering verstrekt de zorgverzekeraar tevens een verzekeringspas.

lid 4

De kosten van zorg op basis van de (aanvullende) (zorg)verzekering kunnen – behoudens eigen bijdragen en eigen risico – door de verzekerde bij de (zorg)verzekeraar worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst bestaat

tussen zorgverlener en (zorg)verzekeraar op grond waarvan rechtstreeks wordt gedeclareerd bij de (zorg)verzekeraar. De (zorg)verzekeraar kan rechtstreeks betalen aan degene die de betreffende zorg heeft geleverd. De betreffende betaling geldt dan eveneens als bevrijdend tegenover de verzekerde. Indien de (zorg)verzekeraar een contract heeft gesloten met de betrokken zorgverlener wordt tevens rechtstreeks gedeclareerd bij de (zorg)verzekeraar. Als de uitkering rechtstreeks aan de zorgverlener is betaald, worden de bedragen van eigen risico's, niet verzekerde kosten en eigen bijdragen aan de verzekerde voorgeschoten.

De (zorg)verzekeraar kan de eerstvolgende uitkeringen van vergoedingen uit hoofde van één of meer (aanvullende) (zorg)verzekeringen van de verzekeringnemer verminderen met de bedragen die voor de verzekerde zijn voorgeschoten. Als verrekening niet mogelijk is, ontvangt de verzekeringnemer een nota.

lid 5 Indien de (zorg)verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de (aanvullende) (zorg)verzekering gehouden is, wordt verzekerde geacht aan de (zorg)verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de (zorg)verzekeraar van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

lid 6 De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

lid 7 De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover hij op de betreffende zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 3

Verplichtingen van de verzekerde

lid 1 De verzekerde is verplicht:

1. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien deze daarom vraagt;
3. aan de (zorg)verzekeraar, zijn medisch adviseur of degene die met de controle is belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
4. de (zorg)verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.
5. de nota's in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal in te dienen.

lid 2 In voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de (zorg)verzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevraagd voor de einddatum van de (aanvullende) (zorg)verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de (aanvullende) (zorg)verzekering van toepassing is.

lid 3 Indien de belangen van de (zorg)verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen hoeft deze geen kosten te vergoeden.

Overige bepalingen

Artikel 4

Verzwijging/Fraude

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

1. Indien bij het aangaan van de aanvullende verzekering bij kennis van de ware stand van zaken een aanvullende verzekering met mindere dekking zou zijn aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld aan de hand van deze dekking. Indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen aanvullende verzekering zou hebben gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is tevens het geval indien is gehandeld met het opzet hem te misleiden. Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt voorts als door of namens verzekeringnemer of verzekerde in het kader van een schadeclaim enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd of een onjuiste opgave is gedaan;
2. De (zorg)verzekeraar vordert vergoede kosten verbandhoudende met het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken van verzekeringnemer terug;
3. De (zorg)verzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.
4. De (zorg)verzekeraar heeft het recht een fraudeonderzoek in te voeren, wanneer er een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven.

Artikel 5

Onrechtmatige inschrijving

lid 1

Indien ten behoeve van een verzekerde een zorgverzekering tot stand komt en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) eventuele verzekeringsplicht bestaat.

lid 2

De (zorg)verzekeraar zal de premie vanaf de dag waarop eventuele verzekeringsplicht niet (langer) bestaat verrekenen met de vanaf dat moment verstrekte vergoedingen en het saldo aan de verzekeringnemer betalen dan wel bij hem in rekening brengen.

Artikel 6

Betaling en schorsing

lid 1

De verzekeringnemer is premie voor de (aanvullende) (zorg)verzekering verschuldigd.

lid 2

Voor de zorgverzekering is geen premie verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

- lid 3 De verschuldigde premie voor de (aanvullende) (zorg)verzekering is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele premiekorting.
- lid 4 De verzekeringnemer is verplicht de verschuldigde premie en de in lid 8 bedoelde heffing of belasting op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de (aanvullende) (zorg)verzekering in de loop van een maand is de (zorg)verzekeraar gerechtigd de premie te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is de verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met van de (zorg)verzekeraar te vorderen vergoedingen.
- lid 5 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.
- lid 6 Indien de verzekeringnemer niet – tijdig – voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, de in lid 8 bedoelde heffing of belasting, niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen kan de (zorg)verzekeraar na de (premie)vervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling van het verschuldigde, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de (premie)vervaldag. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen.
- Indien de (zorg)verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de (zorg)verzekeraar zijn ontvangen, tenzij sprake is van een situatie zoals bedoeld in artikel 9 lid 4 en de (zorg)verzekeraar daarop een beroep doet.
- Uitsluitend voor de aanvullende verzekering is tevens het volgende van toepassing:**
Voor kosten waarvan de noodzaak of de verwachting ze te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de dekking was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.
- lid 7 In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd restitutie c.q. verrekening van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- lid 8 Indien in het land waarin verzekerde woonachtig is een heffing of belasting wordt opgelegd, brengt de (zorg)verzekeraar een toeslag in rekening op de premie ter hoogte van bedoelde heffing of belasting.

Artikel 7

Kennisgeving relevante gebeurtenissen

De verzekeringnemer of de verzekerde is verplicht binnen 30 dagen aan de (zorg)verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de (aanvullende) (zorg)verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, gedetineerd zijn e.d. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer of de verzekerde worden verzonden naar hun laatst bekende adres.

Bij het bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde wordt voor de zorgverzekering een premie berekend overeenkomend met een polis zonder eigen risico, tenzij de verzekeringnemer of verzekerde voorafgaand aan het bereiken van de achttienjarige leeftijd aan de zorgverzekeraar kenbaar heeft gemaakt voor een ander eigen risico te kiezen.

Artikel 8

Herziening van premie of voorwaarden

lid 1

De (zorg)verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende (aanvullende) (zorg)verzekering en-bloc dan wel groeps-gewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere (aanvullende) (zorg)verzekering op een door de (zorg)verzekeraar vast te stellen datum. De (zorg)verzekeraar doet van de voorgenomen herzieningen schriftelijk mededeling.

lid 2

De verzekeringnemer die niet met een herziening van de voorwaarden of de premie van de verzekering akkoord gaat, kan de (aanvullende) (zorg)verzekering beëindigen tenzij de herziening rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de (zorg)verzekeraar binnen een maand na de dag waarop aan de verzekeringnemer mededeling van de herziening van de voorwaarden van verzekering is gedaan. Alsdan wordt de (aanvullende) (zorg)verzekering beëindigd op de dag voor de herzieningsdatum, dan wel op verzoek van de verzekeringnemer op een latere dag. Deze latere dag kan uiterlijk een maand liggen na de dag waarop aan de verzekeringnemer mededelingen van de herziening is gedaan.

lid 3

Heeft de (zorg)verzekeraar binnen de in lid 2 genoemde reactietermijnen geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de (aanvullende) (zorg)verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

lid 4

Een herziening in de grondslag van de premie van de zorgverzekering treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

lid 5

Een toegekende collectiviteitskorting op (aanvullende) (zorg)verzekering komt te vervallen indien niet meer wordt voldaan aan de in de collectieve verzekerings-overeenkomst gestelde voorwaarden voor het verkrijgen van deze korting.

Uitsluitend voor de aanvullende verzekering is tevens het volgende van toepassing:

De aanvullende verzekering wordt dan voortgezet op individuele condities. Bij strijdigheid tussen een bepaling van een aanwezige collectieve verzekerings-overeenkomst en een aanvullende verzekering is de bepaling van de collectieve verzekeringsovereenkomst van doorslaggevende betekenis.

Artikel 9

Begin en einde van de (aanvullende) (zorg)verzekering

lid 1

De (aanvullende) (zorg)verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde ingangsdatum. De ingangsdatum is de dag waarop de (zorg)verzekeraar het verzoek tot het sluiten van de (aanvullende) (zorg)verzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen, dan wel op verzoek van de verzekeringnemer een latere dag.

Vanaf 1 januari daarop volgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de (zorg)verzekeraar uiterlijk op 31 december schriftelijk een verzoek tot beëindiging van de (zorg)verzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.

- lid 2 Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, wordt als ingangsdatum aangehouden de dag waarop die plicht ontstond.
- lid 3 Indien deze (aanvullende) (zorg)verzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering is geëindigd door opzegging met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden en/of de premie, dan zal deze (aanvullende) (zorg)verzekering met terugwerkende kracht ingaan op de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
- lid 4 Nadrukkelijk wordt bepaald dat de (zorg)verzekeraar niet het recht heeft de (aanvullende) (zorg)verzekering te beëindigen, behoudens in de gevallen bedoeld in artikel 4, onderdeel 3 (fraude) en artikel 6 lid 6 (schorsing).
- Betreffende de aanvullende verzekering geldt daarnaast dat de verzekeraar de verzekering kan beëindigen in geval van het niet nakomen van de mededelingsplicht (verzwijging) indien de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of indien bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou zijn gesloten.
- lid 5 De (aanvullende) (zorg)verzekering eindigt in geval van overlijden van de verzekerde.
- lid 6 De zorgverzekering eindigt automatisch op het tijdstip waarop de verzekerde niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.
- lid 7 Voorts eindigt de zorgverzekering indien de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren of de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen.
- lid 8 De verzekeringnemer heeft met het aangaan van een nieuw dienstverband het recht de verzekering tussentijds op te zeggen met ingang van de dag van beëindiging van het voormalige dienstverband, indien de opzegging verband houdt met de overstap van de collectieve verzekering van de voormalige werkgever naar de collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. De verzekeringnemer kan de voormalige zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is aangegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

lid 9 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de (aanvullende) (zorg)verzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. De opzegging gaat in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan de laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

Artikel 10

Geschillen

lid 1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

lid 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de (zorg)verzekeraar genomen beslissing kan hij de (zorg)verzekeraar verzoeken zijn beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de klachtencoördinator van de (zorg)verzekeraar.

lid 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde een geschil betreffende de zorgverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het betreffende reglement.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen:

Postbus 291, 3700 AG Zeist

Telefoon: 030 - 698 83 60, Fax: 030 - 698 83 99

www.SKGZ.nl

lid 4 Indien een geschil de aanvullende verzekering betreft kan de verzekeringnemer of de verzekerde de zaak – na heroverweging door verzekeraar – voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.

Ombudsman Zorgverzekeringen:

Postbus 291, 3700 AG Zeist,

Telefoon: 030 - 698 83 60, Fax: 030 - 698 83 99

www.SKGZ.nl

lid 5 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet door de (zorg)verzekeraar wordt gereageerd, dan wel de (zorg)verzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich eveneens wenden tot de bevoegde rechter.

Artikel 11

Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een (aanvullende) (zorg)verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de (zorg)verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Deze gegevens worden bijvoorbeeld gebruikt om de verzekeringnemer of de verzekerde te informeren over producten en zorgdiensten van (zorg)verzekeraar, voor het toezenden van het gezondheidsbulletin of het verstrekken van informatie

of advies. De (zorg)verzekeraar behoudt zich het recht voor de persoonsgegevens aan derden te verstrekken in het kader van de uitvoering van de (aanvullende) (zorg)verzekering. De Wet bescherming persoonsgegevens wordt bij een en ander in acht genomen.

Artikel 12

lid 1

Uitsluitingen

Uit hoofde van de zorgverzekering bestaat geen aanspraak op de vergoeding van kosten voor:

1. de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en die in verband met bevolkingsonderzoek;
2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
3. griepvaccinaties;
4. alternatieve geneeswijzen;
5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
6. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
7. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg;
8. declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
9. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf 1993.

lid 2

Uit hoofde van de aanvullende verzekering bestaat naast het in lid 1 sub 7 en 8 vermelde geen aanspraak op vergoeding van kosten:

1. indien, zo deze aanvullende 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 van de wettelijke regelingen;
2. van door de verzekeringnemer of de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen ingevolge een (buitenlandse) wettelijke regeling anders dan de eigen bijdragen voor hulp zoals verzekerd op grond van deel B (omvang dekking) van deze aanvullende verzekering;
3. van hetgeen niet vergoed wordt onder een natura zorgverzekering (of een mixvariant met een naturadekking) indien de voor verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de betrokken zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder maar verzekerde zich desalniettemin heeft gewend tot een niet-gecontracteerde zorgverlener;
4. van kosten, die gemaakt zijn vóór de ingangsdatum van deze aanvullende verzekering en van kosten gemaakt ná de datum van beëindiging van deze aanvullende verzekering. Dit geldt ook wanneer die kosten voortvloeien uit een oorzaak die tijdens de duur van de aanvullende verzekering is opgekomen;

5. bij onjuiste of onvolledige verstrekking van informatie, met het doel de verzekeraar te misleiden teneinde een prestatie te verkrijgen waarop geen recht bestaat, vervalt het recht op uitkering terzake volledig.

lid 3 Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de verzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan hetgeen hij ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Indien de verzekeraar zich niet op bedoelde wijze heeft herverzekerd dan is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof hij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aanneemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

lid 4 In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekeringswet een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de in lid 3 vermelde prestaties recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van genoemd besluit te bepalen omvang.

Artikel 13

Lidmaatschap Vereniging ONVZ

De verzekeringnemer treedt met het sluiten van een zorgverzekeringswet met de zorgverzekeraar toe als lid van de Vereniging ONVZ. Indien deze zorgverzekeringswet onderdeel uitmaakt van een collectief contract geldt echter dat de betrokken contractant lid wordt. Indien men ten aanzien van meerdere zorgverzekeringen verzekeringnemer is, kan men maar eenmaal toetreden als lid. Indien men voorafgaande aan het sluiten van een zorgverzekeringswet heeft verklaard niet te willen toetreden als lid van de Vereniging wordt men geen lid. Beëindiging van de betreffende zorgverzekeringswet geldt als beëindiging van het lidmaatschap van de Vereniging, indien na die beëindiging geen sprake meer is van (een) door verzekeringnemer met de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekeringswet(en).

Artikel 14

Materieel controleren

De (zorg)verzekeraar heeft het recht materiële controle uit te voeren. Hierbij gaat de (zorg)verzekeraar na of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

ONVZ Zorgverzekeraar
De Molen 66, Postbus 392
3990 GD Houten

Telefoon 030 639 62 22
Internet www.onvz.nl

ONVZ zorgt beter voor u